OGŁOSZENIE
o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych
Nr KO 53 /2025 z dnia 27.11.2025r.

Dyrektor Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie z siedzibą w Ciechanowie, 06-400 Ciechanów, 06-400 Ciechanów, ul. Powstańców Wielkopolskich 2

działając na podstawie art. 46 w związku z art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej tj. Dz.U. 2025 poz. 450 ze zm.

OGŁASZA

konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych kod KOD CPV: 85141000-9, realizowanych przez **psychologów w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym oraz w Pododdziale Rehabilitacji Neurologicznej** w siedzibie zamawiającego.

Informacje o warunkach konkursu na stronie internetowej www.szpitalciechanow.com.pl

Czas trwania umów: **01.01.2026 r. do 28.02.2027 r.**

Liczba umów – **2**

Termin i miejsce składania ofert: **do 03.12.2025 r. do godz. 11.00** Kancelaria Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie, ul. Powstańców Wielkopolskich 2

Termin i miejsce rozstrzygnięcia postępowania konkursowego : **10.12.2025r. godz. 12:00, Sala Seminaryjna** Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie, ul. Powstańców Wielkopolskich 2

Konkurs ofert skierowany jest do osób nie zatrudnionych na umowę o pracę w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie z chwilą podpisania umowy cywilnoprawnej.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przedłużenia terminu składania ofert i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia Konkursu ofert bez podania przyczyny.

Oferent ma prawo składania protestów i odwołań dotyczących konkursu zgodnie z art.153 i art. 154 ust.1,2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2024r. poz. 146).

Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami:

1. Kamila Ozdarska – statystyk medyczny – koordynator, Dział Kadr, Płac i Organizacji - tel. 23 6730242
2. Patrycja Wiśniewska – inspektor, Dział Kadr, Płac i Organizacji- tel. 23 6730242

DYREKTOR

Andrzej Juliusz Kamasa

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT („SWKO") NR **KO.53./2025** Z DNIA 27.11.2025R.
NA USŁUGI ŚWIADCZONE PRZEZ PSYCHOLOGÓW W ODDZIALE NEUROLOGICZNYM Z PODODDZIAŁEM UDAROWYM ORAZ W PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ W OKREŚLONE KODEM CPV 85141000-9

I. PODSTAWA PRAWNA

1. **USTAWA z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej** (t. j. Dz.U. 2025 poz. 450 z późn. zm.).
2. **USTAWA z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** (t. j. Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.).

II. DEFINICJE

1. **Przedmiot umowy/przedmiot konkursu ofert** oznacza udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 wzoru umowy.
2. **Oferent** oznacza ubiegającego się o zamówienie, który złożył ofertę w ramach niniejszego konkursu ofert.
3. **Przyjmujący zamówienie** oznacza oferenta składającego ofertę w niniejszym konkursie ofert, którego oferta - w wyniku rozstrzygnięcia postępowania – została wybrana.
4. **Udzielający zamówienie** oznacza Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie (SSW), z siedzibą w Ciechanowie, pod adresem: ul. Powstańców Wielkopolskich 2, 06-400 Ciechanów, Polska. Adres korespondencyjny jak wyżej.

III. PRZEDMIOT UMOWY

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym i planowym - w zakresie wynikającym z posiadania **zawodu psychologa**, kwalifikacji nabytych w drodze kształcenia (magister psychologii) oraz posiadanych uprawnień polegających na udzielaniu świadczeń w szczególności:

- sprawowaniu pełnej opieki psychologicznej nad pacjentami przebywającymi w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym oraz Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej;
- współpracy z personelem medycznym w oddziale w zakresie wykonywania swoich obowiązków;

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się według harmonogramu pracy ustalonego przez Koordynatora Oddziału Neurologicznego, działającego z upoważnienia udzielającego zamówienia.

1) Świadczenia będą wykonywane:
   a) w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym,
   b) W Pododdziale Rehabilitacji Neurologicznej:

W godzinach ustalonych z udzielającym zamówienie i zgodnym z zawartymi umowami NFZ.

Szczegółowy czas udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu określa harmonogram, każdorazowo ustalany w drodze porozumienia przez strony umowy.

2. Udzielający zamówienia na czas udzielania świadczeń udostępnia przyjmującemu zamówienie sprzęt, aparaturę medyczną, artykuły sanitarne i leki, niezbędne druki, formularze.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do należytej dbałości o użytkowany sprzęt, aparaturę i odpowiedzialności za utratę lub zniszczenie na zasadach określonych przepisami kodeksu cywilnego.
4. Przyjmujący zamówienie w czasie, w którym zobowiązany jest do udzielania świadczeń zdrowotnych nie może opuścić miejsca udzielania świadczeń w żadnych okolicznościach, chyba że zapewni zastępstwo innego świadczeniodawcy z odpowiednimi kwalifikacjami informując o tym Koordynatora Oddziału Neurologicznego lub w sytuacji nagłej po poinformowaniu lekarza starszego dyżuru.
5. Rozliczenie kontraktu będzie odbywało się na podstawie listy obecności potwierdzonej przez Koordynatora Oddziału Neurologicznego działających z upoważnienia w imieniu Udzielającego zamówienia.
6. Oferty konkursowe mogą składać psychologowie prowadzący działalność gospodarczą w zakresie usług psychologicznych.
7. Nie można łączyć udzielania świadczeń zdrowotnych wyłonionych w drodze niniejszego konkursu ofert z pracą w ramach umowy o pracę w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie.
8. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej.
9. Udzielający zamówienia nie zapewnia przyjmującemu zamówienie odzieży roboczej i posiłków regeneracyjnych.
10. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do nie podpisania umowy z przyjmującym zamówienie w przypadku, nie podpisania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.
11. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność prawną i fizyczną za wystawione niezgodnie z obowiązującymi przepisami druki oraz inne zaświadczenia i druki firmowe podpisane i opieczętowane przez Przyjmującego zamówienie.
12. Przyjmujący zamówienie oświadcza, iż wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych przez Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie, ul. Powstańców Wielkopolskich 2,06-400 Ciechanów do celu przeprowadzonego postępowania konkursowego.
13. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

    A/ przestrzegania przepisów bhp i p/poż obowiązujących na terenie zakładu

    B/ przestrzegania regulaminów i przepisów wewnętrznych, w tym zatwierdzonych wewnętrznych procedur postępowania.

A) ZASADY WSPÓŁPRACY, WYMAGANIA I OŚWIADCZENIA

1. Przyjmujący zamówienie/oferent oświadcza, iż jest podmiotem wykonującym działalność gospodarczą, posiadająca kwalifikacje zawodowe potwierdzone dyplomem ukończenia studiów wyższych magisterskich na kierunku **psychologia**.
2. Przyjmujący zamówienie/oferent oświadcza, iż posiada ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obejmujące szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, spełniające wymogi Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2025 poz. 272) i będzie ją utrzymywał przez cały okres obowiązywania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej na podstawie niniejszego konkursu ofert.
3. Przyjmujący zamówienie/oferent oświadcza, iż będzie realizował przedmiot umowy określony w § 1 wzoru umowy w miejscach świadczenia usług przez Przyjmującego zamówienie.
4. Przyjmujący zamówienie/oferent oświadcza, iż znajduje się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie przedmiotu umowy/konkursu ofert.

5. Przyjmujący zamówienie/oferent oświadcza, iż posiada uprawienia niezbędne do wykonywania usług, objętych przedmiotem umowy/konkursu oraz dysponuje niezbędną wiedzą, doświadczeniem i potencjałem technicznym.
6. Przyjmujący zamówienie/oferent oświadcza, iż świadczyć będzie usługi objęte przedmiotem umowy/konkursu ofert na wysokim poziomie jakościowym, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, sztuką i etyką zawodu oraz postanowieniami umowy.
7. Ofertę składa oferent dysponujący odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym postępowaniem konkursowym **to jest: oferent jest psychologiem prowadzącym w tym zakresie działalność gospodarczą oraz spełniającym wymagania we właściwych przepisach. Posiada studia wyższe magisterskie na kierunku psychologia. Preferowani psycholodzy kliniczni, doświadczenie w pracy jako psycholog.**
8. Oferent jest zobowiązany do posiadania wpisu we właściwym rejestrze.
9. 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.**
10. Oferty zawierające propozycje rozwiązań alternatywnych lub wariantowych nie będą brane pod uwagę.
11. Liczba deklarowanych przez 1 psychologa usług **nie może być niższa niż 48 godzin miesięcznie.**
12. Przyjmujący zamówienie/oferent oświadcza, iż podczas udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy, stosować będzie zasady wynikające z następujących przepisów:
    a) Obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 24 marca 2025 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej (Dz.U. 2025 poz. 450 z późn. zm.),
    b) Obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 16 stycznia 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.) oraz odpowiednich zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określających warunki realizacji świadczeń zdrowotnych,
    c) Obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 sierpnia 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781),
13. Umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta na czas określony **14 miesięcy** od dnia zawarcia umowy.
14. Przyjmujący zamówienie/oferent oświadcza, iż uzyskał od Udzielającego zamówienie wszystkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia oferty.

B) OFERTA

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:
    1) Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu i wzorem umowy,
    2) Dane Oferenta: imię, nazwisko i nazwę firmy oraz adres, telefon kontaktowy i adres mail,
    3) Zaświadczenie o wpisie do księgi rejestrowej w zawodzie psychologa ;
    4) Kserokopie dokumentów potwierdzających nabycie kwalifikacji zawodowych:
       - dyplomu ukończenia uczelni,
       - zaświadczenie o posiadanych specjalnościach,

-zaświadczenia o odbytych kursach potwierdzających umiejętności
- oświadczenie o doświadczeniu (ilość lat) w pracy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie psychologii;

5) Kserokopie poniższych dokumentów:
- aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy o określonym charakterze zgodnym z przedmiotem zamówienia wraz z badaniami sanitarno-epidemiologicznymi,
-aktualne zaświadczenie bhp i p/poż
-aktualna polisa odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zgodnych z przedmiotem zamówienia,
-zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego – kartoteka karna,
6) wypełniony formularz ofertowy – (Załącznik Nr 1),
7) wypełniony i podpisany formularz oferty wraz ze wskazanymi w nim załącznikami – załącznik nr 1 do SWKO. Załączniki w formie kserokopii muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta poprzez opatrzenie ich datą i podpisem lub przez pracownika Działu Kadr, Płac i Organizacji po okazaniu przez oferenta oryginałów dokumentów,
8) wypełniony i podpisany formularz cenowy — załącznik nr 1 do SWKO,
9) podpisany wzór umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych - załącznik nr 2 do SWKO,
10) wypełniony i podpisany formularz oceny kryteriów wyboru ofert – załącznik nr 3 do SWKO,
11) podpisany wydruk niniejszego SWKO.

2. Oferty należy składać w siedzibie Udzielającego zamówienie w Kancelarii Szpitala **do dnia 03.12.2025r. do godz. 11:00,** lub w formie elektronicznej opatrzonej (oferta i załączniki) kwalifikowanym podpisem elektronicznym na adres e-mailowy: kadry@szpitalciechanow.com.pl.
3. Oferta musi być sporządzona w języku polskim, w sposób zapewniający jej czytelność i podpisana przez Oferenta na zewnątrz. Złożenie oferty w innym języku spowoduje jej odrzucenie.
4. Rozpatrzeniu w postępowaniu konkursowym podlegają wyłącznie Oferty złożone w terminie i miejscu wskazanym w ogłoszeniu o konkursie ofert. Oferty złożone po terminie podlegają zwróceniu bez otwierania.
5. Oferty składa się na adres wskazany w ogłoszeniu w formie pisemnej, elektronicznej z podpisem kwalifikowanym lub podpisem zaufanym (o ile te formy zostały dopuszczone w ogłoszeniu), pod rygorem nieważności wraz z wymaganymi załącznikami w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem: „Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w postępowaniu konkursowym **nr KO** 53**/2025** ze wskazaniem osoby/podmiotu składającego oraz danymi adresowymi.
6. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi Udzielającego zamówienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty oznacza się jako ofertę z dopiskiem „Zmiana oferty" lub „Wycofanie oferty".
7. Oferent może zwracać się do Udzielającego zamówienie o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych z warunkami konkursu i sposobem przygotowania oferty, kierując swoje zapytania mailowo na adresy jak niżej w terminie **do dnia 02.12.2025r. do godz. 11:00**
8. Pracownicy Udzielającego zamówienie upoważnieni do kontaktowania się drogą mailową z Oferentami:

a) w sprawach merytorycznych:
sorg@szpitalciechanow.com.pl, metorg@szpitalciechanow.com.pl
b) Oferent może zwrócić się do Udzielającego zamówienie o udostępnienie edytowalnych dokumentów stanowiących załączniki do SWKO.

9. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oraz złożeniem ofert ponosi Oferent, niezależnie od wyniku konkursu.
10. Kopie składanych dokumentów Oferent powinien potwierdzić za zgodność z oryginałem, opatrzyć datą i czytelnym podpisem.
11. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.

C) ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU

1. Otwarcie ofert nastąpi dnia **03.12.2025r. o godzinie 12.00** w siedzibie Udzielającego zamówienie w Sali Seminaryjnej.
2. Oferenci mogą być obecni podczas otwarcia ofert, jak również uczestniczyć w części jawnej posiedzenia Komisji Konkursowej, składać oświadczenia oraz wyjaśnienia.
3. Odrzuceniu podlegają oferty:
   a) złożone po terminie wskazanym w ogłoszeniu,
   b) zawierające nieprawdziwe informacje,
   c) jeśli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń zdrowotnych,
   d) zawierające rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu umowy/przedmiotu konkursu ofert,
   e) nieważne na podstawie odrębnych przepisów,
   f) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną,
   g) złożone przez Oferenta, który nie spełnia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa lub warunków określonych w ogłoszeniu o konkursie lub w Szczegółowych warunkach konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych,
   h) złożoną przez Oferenta, z którym w ostatnich 5 latach poprzedzających ogłoszenie postępowania została rozwiązana przez Udzielającego zamówienie umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie.
4. W przypadku, gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, Komisja wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
5. Jeżeli w toku Konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony na tych samych warunkach Konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.
6. Udzielający zamówienie może unieważnić postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, gdy:
   a) nie wpłynęła żadna oferta,
   b) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem powyższego punktu nr 5,
   c) odrzucono wszystkie oferty,
   d) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, jaką Udzielający zamówienie przeznaczył na finansowanie świadczeń zdrowotnych w danym postępowaniu,
   e) wystąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego zamówienie, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
7. Komisja konkursowa bada w szczególności:
   a) Kompletność złożonej dokumentacji ofertowej,
   b) Wartość oferty,
   c) Pozostałe kryteria wyboru ofert.
8. Rozstrzygającym kryterium wyboru ofert będzie suma punktów uzyskanych na podstawie kryteriów :
   a) jakość (kwalifikacje zawodowe; **spełniające wymagania w zakresie psychologii**),

b) kompleksowość (posiadane doświadczenie zawodowe, które gwarantuje możliwość udzielania świadczeń z uwzględnieniem wszystkich etapów procesów diagnostycznych i terapeutycznych) – waga 10%
c) ciągłość (oferowany czas trwania umowy);
d) dostępność (oferowana liczba godzin w miesiącu)- waga 30%
e) cena za udzielanie świadczeń – waga 60%

Maksymalna liczba punktów do uzyskania przez oferenta wynosi.

Ad a. jakość – komisja konkursowa bierze pod uwagę oferty z doświadczeniem w pracy w zakresie udzielania świadczeń w zakresie **psychologii**: kryterium musi być spełnione w 100%

Ad b. kompleksowość/ doświadczenie – komisja konkursowa bierze pod uwagę doświadczenie w pracy w **zakresie psychologii** 1) powyżej 10 lat – 3 pkt., 2) powyżej 5 lat -2 pkt., 3) powyżej 2 lat – 1 pkt.

Ad c. ciągłość – kryterium musi być spełnione w 100% długość trwania umowy określona w konkursie do **28.02.2025r.**
Ad d. dostępność - komisja konkursowa bierze pod uwagę zaoferowaną miesięczną liczbę godzin wykonywania świadczeń przez 1 **psychologa** , powyżej 48 godzin – 2 pkt. 2) 48 godzin – 1 pkt.
Komisja konkursowa odrzuca oferty z deklarowaną liczbą godzin niższą niż wymagana w warunkach konkursu

Ad e. cena za udzielanie świadczeń – komisja konkursowa wylicza ocenę wg wzoru:
Ocena ceny= cena najniższa/cena oferenta x 3 pkt.
Cena nie może przewyższać ceny skalkulowanej w maksymalnej wartości oferty.

Ocena końcowa zostanie wyliczona wg wzoru:
Ocena= (liczba punktów za kompleksowość x 10%) + (liczba pkt. za dostępność x 30%)+ (liczba punktów za cenę x 60%)

9. Komisja konkursowa dokonuje oceny złożonych ofert kierując się wszystkimi kryteriami określonymi w konkursie oraz sporządza protokół i informację o rekomendowanym rozstrzygnięciu postępowania.
10. Komisja konkursowa niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie oraz zamieszczając ogłoszenie na stronie internetowej Szpitala.
11. W toku Postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, do czasu zakończenia postępowania, oferent może w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności i złożyć umotywowany protest.
12. Protest nie przysługuje na:
    a) niedokonanie wyboru oferty;
    b) unieważnienie postępowania.
13. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
14. Komisja konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.
15. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
16. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu.
17. W przypadku uwzględnienia protestu, Komisja konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.
18. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu zamieszcza się niezwłocznie na stronie internetowej Szpitala.
19. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Szpitala w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.

20. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
21. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.
22. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.
23. Informację o wniesieniu odwołania i jego rozpatrzeniu niezwłocznie zamieszcza się na stronie internetowej Szpitala.
24. O wniesieniu i rozstrzygnięciu odwołania Udzielający zamówienie niezwłocznie informuje w formie pisemnej pozostałych Oferentów.
25. W przypadku uwzględnienia odwołania Udzielający zamówienie powtarza konkurs ofert.

D) POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert bez podania przyczyny oraz do przesunięcia terminu składania ofert.
2. Udzielający zamówienie, w przypadku, gdy złożone oferty/złożona oferta przewyższają kwotę, którą zamierzał przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia, zastrzega sobie prawo przeprowadzenia negocjacji cenowych i w dalszej kolejności zaproszenia Oferentów/Oferenta do składania ofert dodatkowych. Negocjacje zostaną przeprowadzone z co najmniej z dwoma Oferentami, o ile w konkursie weźmie udział więcej niż jeden Oferent. Powyższe dotyczy oferentów, których oferty nie zostały odrzucone.

E) ZAŁĄCZNIKI

1. Załącznik nr 1 – Formularz oferty
2. Załącznik nr 2 - Wzór umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych
3. Załącznik nr 3 - Formularz oceny kryteriów wyboru ofert
4. Załącznik nr 4 – Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych - informacja dla biorących udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne

Podpis Kierownika Udzielającego Zamówienie

.....

DYREKTOR

Andrzej Juliusz Kamasa

OŚWIADCZENIE OFERENTA

(osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu na zewnątrz):

Zapoznałem się z niniejszymi SZCZEGÓŁOWYMI WARUNKAMI KONKURSU OFERT („SWKO")

NR **KO53/2025** NA USŁUGI ŚWIADCZONE PRZEZ **PSYCHOLOGÓW** W ODDZIALE NEUROLOGICZNYM Z POODDZIAŁEM UDAROWYM ORAZ PODODDZIALE REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ , KOD CPV 85141000-9, wraz z załącznikami i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń

Data i podpis Oferenta

.....

.....

Załącznik nr 1 do SWKO

FORMULARZ OFERTY

Niniejszym, zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowanych nr **KO 52 / 2025 przez psychologów:**
- w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym,
- Pododdziale Rehabilitacji Neurologicznej.

Dane oferenta

Imię i nazwisko (nazwa podmiotu leczniczego).....

Adres .....

Telefon ..... adres e-mail: .....

Posiadane specjalizacje .....

Numer właściwego rejestru .....

NIP.....

REGON .....

Nr księgi rejestrowej .....

Oferta cenowa

Przedmiot zamówienia zobowiązuję się wykonywać za kwotę:

-Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym **..... zł/h.**

-Gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym.....**zł/h.**

-Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Pododdziale Rehabilitacji Neurologicznej.....**zł/h.**

-Gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych w Pododdziale Rehabilitacji Neurologicznej **..... zł/h**

Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie psychologa wynosi :.....lat.
3. Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności, świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na okres obowiązywania umowy.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia w ilości:
   - ☐ powyżej 48 godzin
   - ☐ do 48 godzin

   /odpowiednie zaznaczyć znakiem x/
6. Oświadczenie, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej dla pracowników, osób ubiegających się o zatrudnienie w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie o przetwarzaniu danych osobowych i praw z tym związanych .

Ciechanów dnia .....

.....
(podpis)

Załącznik nr 2 do SWKO

wzór

UMOWA NR.....NA UDZIELANIE SPECJALISTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH w zakresie psychologii w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym oraz Pododdziale Rehabilitacji Neurologicznej

zawarta w dniu ..... w Ciechanowie
pomiędzy: Specjalistycznym Szpitalem Wojewódzkim w Ciechanowie zarejestrowanym w Krajowym Rejestrze Sądowym pod nr 0000008892 prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla Łodzi Śródmieście XX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego posiadającym NIP 566-10-19-200 oraz REGON 000311622
reprezentowanym przez: **Andrzeja Kamasę – p.o.Dyrektora**
zwanym dalej **Udzielającym zamówienia**
a
.....
zwaną dalej **Przyjmującym zamówienie**

Podstawą prawną do zawarcia umowy jest art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2025 r., poz. 450 ze zm.)

§1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielenie zamówienia na wykonywanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie **psychologii** zwanych dalej świadczeniami zdrowotnymi określone kodem PCV: 85141000-9, dla pacjentów uprawnionych do świadczeń zdrowotnych. Szacunkowa ilość ubezpieczonych uprawnionych do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych obejmuje liczbę ok. 90 tys. osób.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych polegających na sprawowaniu specjalistycznej opieki psychologicznej nad pacjentami hospitalizowanymi w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym oraz w Pododdziale Rehabilitacji Neurologicznej Udzielającego zamówienia.

§ 2

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 niniejszej umowy i oświadcza, iż wykonywać je będzie z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną i standardami postępowania obowiązującymi w zakresie psychologii.
2. *Przyjmujący zamówienie* zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych polegających na:
   a) sprawowaniu pełnej opieki psychologicznej nad pacjentami przebywającymi w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym, w Pododdziale Rehabilitacji Neurologicznej Udzielającego zamówienia,
   b) współpracowaniu z personelem medycznym w oddziale w zakresie wykonywania swoich obowiązków.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do dokonywania zapisów w obowiązującym systemie informatycznym AMMS oraz innej dokumentacji, do której prowadzenia zobowiązany jest Udzielający zamówienia. Zapisy w dokumentacji papierowej mają być zbieżne z zapisami w systemie informatycznym.
4. Przyjmujący zamówienie w wykonywaniu swoich obowiązków, organizacyjnie podlega odpowiednio Koordynatorowi Oddziału Neurologicznego działających w imieniu Udzielającego zamówienia.

§ 3

1. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszą umową udzielane będą przez **Przyjmującego zamówienie** w siedzibie Udzielającego zamówienia, a w szczególności Przyjmujący zamówienie będzie pozostawać w gotowości do świadczenia usług lub będzie je faktycznie świadczyć (stosownie do potrzeb Udzielającego zamówienia).
2. Szczegółowy czas pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu określa harmonogram, każdorazowo ustalany w drodze porozumienia przez strony umowy. Ustalanie dni i godzin faktycznego świadczenia usług w ramach harmonogramu odbywać się będzie z wyprzedzeniem minimum jednego dnia roboczego, w oparciu o potrzeby Udzielającego zamówienia przekazywane przez Koordynatora danego Oddziału
3. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do korzystania z pomieszczeń należących do **Udzielającego zamówienia** zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w niniejszej umowie.
4. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do przestrzegania regulaminów i przepisów wewnętrznych, w tym zatwierdzonych wewnętrznych procedur postępowania, udostępnionych w systemie Intranet, przesyłanych na adres mailowy Oddziału tj. neurologia@szpitalciechanow.com.pl Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się ponadto do bieżącego zapoznawania się ze zmianami tych regulacji.
5. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, iż wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych zawartych w dokumentach aplikacyjnych przez Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie,

ul. Powstańców Wielkopolskich 2, 06-400 Ciechanów w celu realizacji umowy.
6. Przyjmujący zamówienie może powierzyć wykonanie niniejszej umowy osobie trzeciej po uzyskaniu pisemnej zgody **Udzielającego zamówienie.**
7. Przyjmujący zamówienie w wykonywaniu swoich obowiązków, organizacyjnie podlega Koordynatorowi Oddziału Neurologicznemu.

§4

Umowa zostaje zawarta na czas określony **od dnia 01.01.2026 r. do dnia 28.02.2027 r.**

§ 5

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do przestrzegania zasad wykonywania świadczeń zdrowotnych wskazanych w umowach zawartych przez Udzielającego zamówienie z Narodowym Funduszem Zdrowia
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowemu Funduszowi Zdrowia w zakresie świadczeń medycznych będących przedmiotem umowy.

§ 6

Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

§7

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do składania miesięcznych sprawozdań z wykonania umowy wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 i do niniejszej umowy, wykazując godziny gotowości do świadczenia usług i godziny faktycznego świadczenia usług wraz z określeniem pacjentów, dla których były świadczone.
2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1 składane jest w terminie do 3 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.
3. W imieniu **Udzielającego zamówienia** sprawozdanie, podlega weryfikacji przez Koordynatora Oddziału Neurologicznego, a w przypadku jego nieobecności przez osobę wskazaną przez **Udzielającego zamówienie.**
4. **Przyjmujący zamówienie** potwierdza swoją gotowość do świadczenia usług oraz faktyczne ich świadczenie, w wyznaczone harmonogramem dni, własnoręcznym podpisem w liście obecności.

§8

1. Za zrealizowane świadczenia zdrowotne Przyjmującemu zamówienie przysługuje wynagrodzenie miesięcznie w kwocie, stanowiącej:
   - **w Oddziale Neurologicznym oraz Pododdziale Udarowym**: iloczyn udokumentowanej liczby godzin gotowości do udzielania świadczeń x stawka .....**zł/godz.** oraz liczba godzin faktycznie udzielonych świadczeń x stawka ..... **zł/godz.**.
   - **w Pododdziale Rehabilitacji Neurologicznej:** iloczyn udokumentowanej liczby godzin gotowości do udzielania świadczeń x stawka.....**zł/godz.** oraz liczba godzin faktycznie udzielonych świadczeń x stawka ..... **zł/godz.**

2. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy **Udzielający zamówienie** wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie do 21 dni po dniu dostarczenia przez **Przyjmującego zamówienie** faktury/rachunku wraz z zatwierdzonym sprawozdaniem, o którym mowa w § 7.
3. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę, niedzielę lub inny dzień wolny od pracy, to płatności dokonuje się następnego dnia roboczego.
4. Należność za wykonane świadczenia zdrowotne zostanie przekazana Przyjmującemu zamówienie na jego rachunek bankowy wskazany na fakturze/ rachunku. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego **Udzielającego zamówienie**.
5. Strony ustalają, iż łączna wartość umowy nie może przekroczyć kwoty **300 tys.** złotych brutto (słownie: trzysta tysięcy zł brutto).

§9

1. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że wykonywane usługi określone w § 1 umowy wchodzą w zakres prowadzonej przez **Przyjmującego zamówienie** pozarolniczej działalności gospodarczej.
2. Przyjmujący zamówienie ponosi ryzyko gospodarcze związane z prowadzoną przez niego działalnością.
3. **Przyjmujący zamówienie** samodzielnie dokonuje wpłat i rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych (ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i inne tytuły wpłat) oraz z Urzędem Skarbowym.

§10

Przyjmujący zamówienie nie może prowadzić w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym i Pododdziale Rehabilitacji Neurologicznej oraz innych oddziałach Szpitala działalności wykraczającej poza zakres umowy i konkurencyjnej wobec działalności statutowej prowadzonej przez Udzielającego zamówienie

§11

Przy realizacji zadań objętych niniejszą umową **Przyjmujący zamówienie** uprawniony jest do współpracy z personelem medycznym zatrudnianym przez **Udzielającego zamówienie.**

§12

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie **Udzielający zamówienia i Przyjmujący zamówienie.**
2. **Ponadto Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność wobec Udzielającego zamówienie za szkody powstałe z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie i wynikających z:
   a) niewykonania lub niewłaściwego wykonania świadczenia zdrowotnego,
3. **Udzielający zamówienia** uprawniony jest do żądania pokrycia szkody spowodowanej nałożeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia kar pieniężnych lub obowiązków odszkodowawczych, o których mowa w kontraktach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia **a Udzielającym zamówienia**, jeżeli nałożenie tych kar lub obowiązku zapłaty odszkodowania było wynikiem niewłaściwego wykonania przez **Przyjmującego zamówienie** zadań i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.
4. **Przyjmujący zamówienie** wyraża zgodę na potrącenie kwot wyżej wymienionych kar/obciążeń finansowych z bieżącego wynagrodzenia przysługującego od Udzielającego zamówienia, powstałych na skutek zawinionych działań Przyjmującego zamówienie.
5. O nałożeniu obciążenia każdorazowo **Przyjmujący zamówienie** będzie powiadamiany w formie pisemnej.
6. W przypadku kiedy wysokość szkody spowodowanej przez **Przyjmującego zamówienie** przewyższa zastrzeżone w umowie kary umowne, Świadczeniodawca ma prawo dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

§13

1. Niezależnie od § 13 Udzielającemu zamówienie przysługuje prawo nałożenia na Przyjmującego zamówienie kary umownej :
   a) za każde uchybienie w prowadzeniu dokumentacji medycznej w wysokości 3 % wartości należnej za dany miesiąc, po uprzednim pisemnym poinformowaniu o potrzebie skorygowania uchybień i niedotrzymaniu terminu usunięcia uchybień;
   b) za każdy dzień nieusprawiedliwionej i nieuzgodnionej nieobecności w wysokości 1/20 wartości należnej za dany miesiąc.
2. Postanowienia paragrafu 13 i 14 nie wyłączają stosowania zapisów umowy dotyczących możliwości jej rozwiązania.

§ 14

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do:
1. ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. złożenia polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. I najpóźniej w terminie 30 dni od daty podpisania umowy,
3. utrzymywania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia,
4. wykonywania świadczeń zdrowotnych we własnej odzieży roboczej oraz pokrywania kosztów utrzymania tej odzieży w należytym stanie,
5. wykonania we własnym zakresie i na własny koszt aktualnych szkoleń z zakresu bhp i aktualnych badań profilaktycznych, a także niezwłocznego złożenia ich Udzialajacemu Zamówienie.
6. poddania się okresowej ocenie pracownika, w związku z Systemem Zarządzania Jakością jaki funkcjonuje u Udzielającego zamówienie.

§15

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza że:
1) posiada stosowne kwalifikacje zawodowe
2) będzie realizować umowę zgodnie z faktycznie posiadanym wpisem do rejestru działalności gospodarczej,
3) wykonywane usługi określone w § 3 umowy wchodzą w zakres prowadzonej przez Przyjmującego Zamówienie pozarolniczej działalności gospodarczej i samodzielnie ponosi ryzyko gospodarcze związane z prowadzoną przez niego działalnością,

4) samodzielnie dokonuje wpłat i rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych (ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i inne tytuły wpłat) oraz z Urzędem Skarbowym,
5) posiada aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, które składa jako załącznik do umowy oraz będzie je kontynuować w okresie obowiązywania umowy,
6) posiada aktualne badania sanitarno-epidemiologiczne i zobowiązuje się do przedłożenia ich Udzielającemu Zamówienie,
7) posiada aktualne badania lekarskie, określone odrębnymi przepisami, niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą umową, wystawione przez lekarza medycyny pracy, zobowiązuje się do przedłożenia Udzielającemu Zamówienie tego orzeczenia i będzie je uaktualniał w okresie obowiązywania umowy,
8) zapoznał się z ryzykiem zawodowym obowiązującym na przydzielonym stanowisku,
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się - po wyborze oferty, a przed przystąpieniem do realizacji umowy do:
1) ukończenia szkolenia BHP i PPOŻ,
2) złożenia zaświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie wymaganym Ustawą o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym,
3) ukończenia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym przeprowadzonego przez osobę odpowiedzialną za stan epidemiologiczny u Udzielającego Zamówienie,
4) ukończenia wstępnego szkolenia z zakresu zasad i funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością u Udzielającego Zamówienie.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do znajomości i przestrzegania:
1) przepisów określających prawa pacjenta, w szczególności wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
2) przepisów BHP, PPOŻ,
3) przepisów ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,
4) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 jako: RODO),
5) przepisów powszechnie obowiązującego prawa mających zastosowania w trakcie realizacji umowy, przepisów wewnętrznych, w szczególności zarządzeń i instrukcji obowiązujących u Udzielającego Zamówienie oraz do postępowania zgodnie z systemem Zarządzania Jakością, w tym między innymi:
a) procedur w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
b) obowiązku poddania się okresowej ocenie znajomości Systemu Zarządzania Jakością.
4. Przyjmujący Zamówienie ponosi koszt szkoleń i badań warunkujących możliwość świadczenia usług objętych niniejszą umową.

§16

Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:
1. z upływem czasu, na który została zawarta,
2. na mocy porozumienia stron,
3. w wyniku oświadczenia **Udzielającego zamówienia** z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia, jeżeli **Przyjmujący zamówienie** narusza postanowienia umowy lub jeśli dalsza realizacja umowy nie leży w interesie **Udzielającego zamówienia,**
4. w wyniku oświadczenia **Udzielającego zamówienia** z zachowaniem tygodniowego okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie **Przyjmującego zamówienia,** a dotyczących:
   1) ograniczenia dostępności świadczeń, zawężenia ich zakresu lub ich niewłaściwej ilości i jakości;
   2) nie przedstawienia w ustalonym niniejszą umową terminie wymaganych sprawozdań i informacji.
5. Uzasadnionych skarg pacjentów, jeśli związane są one z naruszeniem postanowień niniejszej umowy lub przepisów prawa regulujących zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych.

§ 17

Udzielający zamówienia uprawniony jest do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli Przyjmujący zamówienie;
1. przeniósł prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy na osobę trzecią bez zgody **Udzielającego zamówienia,**
2. nie dotrzymał warunków określonych w § 14 niniejszej umowy dotyczących ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
3. w sposób rażący naruszył postanowienia niniejszej umowy.

§18

Udzielający zamówienia uprawniony jest do rozwiązania niniejszej umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli Przyjmujący zamówienie:
1.utracił prawo wykonywania zawodu lub prawo to zostało w stosunku do niego zawieszone,
2.przeniósł prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy na osobę trzecią bez zgody **Udzielającego zamówienia,**
3.nie otrzymał warunków określonych w §15 niniejszej umowy dotyczących ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
4.w sposób rażący naruszył postanowienia niniejszej umowy.

§19

Przyjmujący zamówienie uprawniony jest do rozwiązania niniejszej umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku zwłoki w wypłacie wynagrodzenia, o którym mowa w § 9 przekraczającej 21 dni lub w przypadku rażącego naruszenia innych postanowień umowy, po uprzednim pisemnym wezwaniu i udzieleniu 21 dni na zaniechanie naruszeń i zapłatę.

§20

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową mają zastosowanie m.in. przepisy ustawy o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2025r. poz. 450 ze zm.), ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej sfinansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. 2024 poz. 146) , ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz. U. 2023, poz. 1516z późn. zm.), ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (tj. Dz. U. 2024, poz. 581) oraz Kodeksu cywilnego (tj. Dz. U. 2023, poz. 1610 z późn. zm.).
2.Specyfikacja konkursowa stanowi załącznik do niniejszej umowy dookreślający jej zakres.

§21

Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powzięły wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tj. Dz. U. z 2022 poz.1233 ze zm.) oraz podlegają ochronie w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych.

§22

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

§23

Zmiany do umowy dokonywane są w formie pisemnego aneksu, pod rygorem nieważności.

§ 24

Spory powstałe na tle realizacji niniejszej umowy rozpatruje Sąd, właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia.

Przyjmujący zamówienie **Udzielający zamówienia**

Załącznik nr 1 do umowy
na udzielanie specjalistycznych
świadczeń zdrowotnych

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA UMOWY

Za miesiąc.....rok.....

.....

(imię i nazwisko)

.....

(miejsce udzielania świadczeń)

DZIEŃ miesiąca	Godziny od – do
Razem	

....
pieczęć i podpis

.....
pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

Załącznik nr 2 do umowy
na udzielanie specjalistycznych
świadczeń zdrowotnych

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA UMOWY

Za miesiąc.....rok.....

.....

(imię i nazwisko)

.....

(miejsce udzielania świadczeń)

DZIEŃ miesiąca	Godziny od - do gotowość do udzielania świadczeń	Godziny od - do udzielonych świadczeń	Razem
Razem			

....

pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie

.....

pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

Załącznik nr 3 do umowy
na udzielanie specjalistycznych
świadczeń zdrowotnych

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA UMOWY

Za miesiąc.....rok.....

.....

(imię i nazwisko)

.....

(miejsce udzielania świadczeń)

DZIEŃ miesiąca	Imię i nazwisko pacjenta	Nr księgi głównej	Miejsce udzielanie świadczeń
Razem			

....

pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie

.....

pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej

Załącznik nr 3 - Formularz oceny kryteriów wyboru ofert				
		spełnia/niespełnia / zaoferowana wartość	Waga kryterium	Liczba przyznanych punktów OFERTA nr ....
1.	**jakość** (kwalifikacje zawodowe w zakresie psychologii ; ukończenie specjalizacji, specjalizacja lub doświadczenie dwu letnie)	**TAK / NIE**	**X**	**X**
2.	**kompleksowość** (posiadane doświadczenie zawodowe, które gwarantuje możliwość udzielania świadczeń z uwzględnieniem wszystkich etapów procesów diagnostycznych i terapeutycznych)		**10%**	
3.	**ciągłość** (oferowany czas trwania umowy - 14 miesięcy)	**TAK / NIE**	**X**	**X**
4.	**dostępność** (oferowana liczba godzin w miesiącu)		**30%**	
5.	**cena za udzielanie świadczeń** (stawka za godzinę) **O/Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym, Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej**		**40%**	
6.	**cena za gotowość do udzielania świadczeń** (stawka za godzinę) **O/Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym, Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej**		**20%**	
	Liczba punktów ogółem przyznana ofercie			

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych - informacja dla biorących udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: **Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie**

2. **Dane kontaktowe administratora**
   Z administratorem można się skontaktować:

   Adres: ul. Powstańców Wielkopolskich 2, 06-400 Ciechanów
   Tel.: 23-673-02-14
   E-mail: sekretariat@szpitalciechanow.com.pl

3. **Inspektor ochrony danych**
   W sprawach związanych z ochroną danych osobowych można skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:

   Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: Rafał Bartłomiej Panfil
   E-mail: iod@szpitalciechanow.com.pl
   Tel.: +48 23 673 03 21

4. **Cel przetwarzania danych osobowych**
   Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

- przeprowadzenia procedury ofertowej/zapytania ofertowego,
- dokonania oceny i wyboru oferty,
- ewentualnego zawarcia umowy oraz realizacji przyszłej współpracy.

5. **Podstawa prawna przetwarzania danych**
   Dane osobowe są przetwarzane na podstawie:

- art. 6 ust. 1 lit. b RODO – przetwarzanie niezbędne do podjęcia działań przed zawarciem umowy,
- art. 6 ust. 1 lit. c RODO – wypełnienie obowiązku prawnego (np. archiwizacja, dokumentacja postępowania),
- art. 6 ust. 1 lit. f RODO – prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest np. zapewnienie przejrzystości i rozliczalności procesu ofertowego.

6. **Odbiorcy danych**
   Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom wspierającym administratora w

zakresie usług prawnych, księgowych, informatycznych, a także organom uprawnionym do otrzymania danych na podstawie przepisów prawa.

7. **Okres przechowywania danych**
   Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, a następnie przez okres wynikający z przepisów prawa (np. ustawa o rachunkowości) lub do momentu przedawnienia ewentualnych roszczeń.

8. **Prawa osoby, której dane dotyczą**
   Przysługuje Pani/Panu prawo:

- dostępu do danych osobowych,
- ich sprostowania,
- ograniczenia przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- usunięcia danych (w przypadkach przewidzianych prawem),
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9. **Dobrowolność podania danych**
   Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do wzięcia udziału w procedurze ofertowej. Niepodanie danych skutkować będzie brakiem możliwości oceny i rozpatrzenia oferty.