



SZPITAL SPECJALISTYCZNY CHOROÓB PŁUC „ODRODZENIE”

im. Klary Jelskiej

uL. Gładkie 1, 34-500 Zakopane

tel. (018) 20 150 45,

fax. (018) 20 146 32

e-mail: administracja@szpitalodrodzenie.pl

www.szpitalodrodzenie.pl

NIP: 736-14-54-134

REGON 0295171

A.SP - 11021 - 8 /2019

Zakopane, 12.11.2019r.

Zaproszenie do składania ofert

Przedmiot zamówienia:

Przyjęcie obowiązków w zakresie koordynowania zadań i czynności wykonywanych przez innych pracowników zatrudnionych w Zakładzie Patomorfologii Szpitala Specjalistycznego Chorób Płuc „Odrodzenie” im. Klary Jelskiej w Zakopanem.

Za świadczenia w zakresie koordynowania zadań i czynności wykonywanych w Zakładzie Patomorfologii przez innych pracowników uważa się między innymi:

1. kierowanie bieżące Zakładem Patomorfologii,
2. organizowanie pracy personelu,
3. ogarnizowanie optymalnych warunków do realizacji zadań Zakładu Patomorfologii,
4. stwarzanie warunków sprzyjających podnoszeniu jakości wykonywanych usług,
5. nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej,
6. czuwanie nad przestrzeganiem przez pracowników Zakładu Patomorfologii przepisów Prawa pracy, przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej obowiązujących w Szpitalu.

Przedmiot zamówienia szczegółowo określony jest w załączniku nr 2 (wzór umowy) do niniejszego zaproszenia.

Osoba koordynująca pracą Zakładu Patomorfologii Szpitala Specjalistycznego Chorób Płuc „Odrodzenie” im. Klary Jelskiej musi posiadać kwalifikacje – lekarza medycyny ze specjalizacją w zakresie patomorfologii.

Termin wykonywania zamówienia:

Umowa zostanie zawarta na czas określony **od dnia 1 grudnia 2019r. do dnia 30 listopada 2021r.**

Wykaz wymaganych dokumentów:

Wraz z formularzem ofertowym należy dołączyć wymagane dokument:

1. kopie dokumentów stwierdzających posiadanie wymaganych kwalifikacji:
 - a. kopię dyplomu ukończenia uczelni medycznej,
 - b. kopie dyplomu specjalizacji II stopnia lub dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty w zakresie patomorfologii,
 - c. inne dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe (certyfikaty, zaświadczenia, itp.),
 - d. kopię prawa wykonywania zawodu.
2. kopię zezwolenia na wykonywanie indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej,
3. zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,

4. kopię orzeczenia o stanie zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy lub oświadczenie o dostarczeniu takiego dokumentu w dniu rozpoczęcia udzielania świadczeń,
5. kopie polisy OC lub oświadczenie o zobowiązaniu się do jej przedłożenia przy podpisywaniu umowy z Udzielającym Zamówienia.

Oryginał pełnomocnictwa (pełnomocnictw), jeżeli oferta będzie podpisana przez pełnomocnika. Wypełniony formularz oferty stanowiący załącznik nr 1 do zaproszenia - Przyjmujący Zamówienie może złożyć ofertę na własnym formularzu, lecz jego treść musi być zgodna z treścią formularza załączonego do zaproszenia .

Cenę oferty należy podać w złotych polskich.

Kryterium wyboru oferty najkorzystniejszej:

1. doświadczenie w zakresie patomorfologii z uwzględnieniem oceny materiału kierunkowego zgodnie z profilem Szpitala (choroby klatki piersiowej) oraz doświadczenie w zakresie oceny badań molekularnych: minimum jeden rok - 40%
2. doświadczenie w zakresie koordynowania zadań i czynności wykonywanych w pracowni / zakładzie histopatologii: minimum jeden rok - 10%
3. cena brutto za całość: 50 %

$$C = \frac{C_n}{C_b} \times 100 \times 50 \%$$

gdzie:

C - wartość punktowa w kryterium „cena”

C_n – najniższa cena ze wszystkich ważnych badanych ofert

C_b – cena badanej oferty

Za ofertę najkorzystniejszą zostanie uznana oferta z najwyższą ilością punktów w skali 100 punktowej. Wszystkie obliczenia będą dokonywane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

Wyjaśnienia dotyczące treści zaproszenia do składania ofert.

1. Przyjmujący Zamówienie może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści zaproszenia do składania ofert.

2. Prośbę o wyjaśnienia należy przysyłać do dnia **15.11.2019r.**, na adres:

Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc „Odrodzenie” im. Klary Jelskiej

ul. Gładkie 1

34-500 Zakopane

nr faksu : 18/20 146 32

e-mail: administracja@szpitalodrodzenie.pl

znak sprawy: A.SP. – 11021- 8 / 2019

Po upływie ww. terminu Zamawiający może pozostawić wniosek bez rozpoznania.

Termin i miejsce składania ofert:

Oferty należy złożyć w Sekretariacie Szpitala, ul. Gładkie 1, Zakopane, pok. nr 03 (niski parter budynku) w terminie do dnia 20.11.2019 r. do godz. 10.00

Dopuszcza się składanie ofert drogą faksową lub mailem: nr faksu 18/20146-32 e-mail: administracja@szpitalodrodzenie.pl, potwierdzonych niezwłocznie pisemnie.

Oferty otrzymane po terminie składania ofert nie będą rozpatrywane.

Osoba uprawniona do porozumiewania się z Przyjmującymi Zamówienie:

Marzena Gąsienica Kleryk Strynka – Referent- Dział Księgowo-Kadrowy telefon 18/20 150 45 wew. 116.

Zamawiający informuje, iż zgodnie z art. 26 ust. 4 a Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t. j. Dz.U. z 2018 poz. 2190 z póź. zm.) do przedmiotowego zapytania nie stosuje się przepisów dotyczących konkursu ofert.

DYREKTOR

Dr hab. med. Marcin Zieliński

.....
(podpis i pieczęć Kierownika Zamawiającego)

Załączniki:

1. Formularz oferty – załącznik nr 1.
2. Wzór umowy – załącznik nr 2.

.....
pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta

....., dnia

**Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc
„Odrodzenie” im. Klary Jelskiej
ul. Gładkie 1, 34-500 Zakopane**

Oferta na przyjęcie obowiązków w zakresie koordynowania zadań i czynności wykonywanych przez innych pracowników zatrudnionych w Zakładzie Patomorfologii Szpitala.

Znak sprawy: A.SP.- 11021- 8 /2019.

Numer prawa wykonywania zawodu:,

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....

w Okręgowej Izbie Lekarskiej w :; data wpisu:,

Wpis do ewidencji CEIDG, data uzyskania wpisu:

Osoba uprawniona do złożenia i podpisania ofert w imieniu podmiotu:

Niniejszym składam ofertę na przyjęcie obowiązków w/w zakresie:

1. doświadczenie w zakresie patomorfologii z uwzględnieniem oceny materiału kierunkowego zgodnie z profilem Szpitala (choroby klatki piersiowej) i doświadczenie w zakresie oceny badań molekularnych (dokumenty potwierdzające):

.....

2. doświadczenie w zakresie koordynowania zadań i czynności wykonywanych w pracowni / zakładzie histopatologii (dokumenty potwierdzające):

.....

3. cena brutto miesięcznie za całość (kwota ryczałtowa):

..... słownie:

.....

podpis Oferenta

Wzór umowy
w zakresie koordynowania zadań i czynności wykonywanych w Zakładzie Patomorfologii
Nr / 20.....

Zawarta zgodnie z art. 26 pkt 4 a Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 poz. 2190 z późn. zm.) w dniu w Zakopanem pomiędzy:

Szpitałem Specjalistycznym Chorób Płuc „Odrodzenie” im. Klary Jelskiej w Zakopanem, ul. Gładkie 1, zarejestrowanym w Krajowym Rejestrze Sądowym - rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej pod nr 0000007565, prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia w Krakowie XII Wydział Gospodarczy oraz zarejestrowanym w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod nr 000000006064, prowadzonym przez Wojewodę Małopolskiego, NIP: 736-14-54-134, REGON 000295171

reprezentowanym przez:

Dyrektora – dr hab. med. Marcina Zielińskiego

za kontrasygnatą Główniej Księgowej- mgr Jadwigi Radom

zwanym w dalszej części niniejszej umowy **Udzielającym Zamówienia**,

a

..... prowadzącym działalność gospodarczą pod firmą

.....,

kod pocztowy, **NIP**, **REGON**, wpisanym do rejestru

podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonym przez

zwanym w dalszej części umowy **Przyjmującym Zamówienie**.

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2018 poz. 1510 z późn. zm.), oraz Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2018 poz. 2190 z późn. zm.) strony zawierają umowę o następującej treści:

§ 1

Celem umowy jest wykonywanie zadań Udzielającego Zamówienie przez Przyjmującego Zmówienie w zakresie i na warunkach określonych w poniższych postanowieniach.

§ 2

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonywania świadczeń w zakresie:
Koordynowanie zadań i czynności wykonywanych w Zakładzie Patomorfologii Szpitala Specjalistycznego Chorób Płuc „Odrodzenie” im. Klary Jelskiej w Zakopanem przez innych pracowników zatrudnionych w Zakładzie (załącznik nr 1 – formularz ofertowy).
2. Za świadczenia będące przedmiotem umowy w zakresie koordynowania zadań i czynności wykonywanych w Zakładzie Patomorfologii przez innych pracowników uważa się w szczególności :
 - 1) kierowanie bieżące Zakładu,
 - 2) organizowanie pracy personelu,
 - 3) organizowanie optymalnych warunków do realizacji zadań Zakładu,
 - 4) stwarzanie warunków sprzyjających podnoszeniu jakości wykonywanych usług,
 - 5) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej,
 - 6) czuwanie nad przestrzeganiem przez pracowników Zakładu przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej obowiązujących w Szpitalu.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:
 - a. prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz Udzielającego Zamówienie,

- b. przekazywaniu Udzielającemu Zamówienie informacji o realizacji i wykonaniu umowy w sposób i na zasadach przez niego ustalonych.

§ 3

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Obowiązujące druki i formularze zapewnia Udzielający Zamówienia.

§ 4

Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do znajomości i przestrzegania:

1. przepisów określających prawa Pacjenta,
2. Regulaminu Porządkowego Szpitala,
3. standardów udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 5

Przyjmujący Zamówienie współpracuje z lekarzami i pielęgniarkami udzielającymi świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia.

§ 6

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się umożliwić Udzielającemu Zamówienia oraz oddziałom NFZ, z którymi Udzielający Zamówienia ma zawarte umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, kontrolę:

1. jakości i zasadności udzielania świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez Pracownię
 2. zakresu udzielonych świadczeń,
 3. prowadzenia wymaganej sprawozdawczości statystycznej,
 4. używania sprzętu, aparatury medycznej i innych środków niezbędnych do udzielania świadczeń.
- Udzielający Zamówienie uprawniony jest do udzielania zaleceń w zakresie przeprowadzonych działań kontrolnych.

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do terminowej realizacji zaleceń pokontrolnych.

§ 7

1. Za zrealizowanie w ramach niniejszej umowy świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 i § 2 ust. 2 Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie :
..... **brutto /miesięcznie (kwota ryczałtowa) słownie:** złotych.
2. Należność z tytułu wykonywania umowy wypłacana będzie w terminach miesięcznych na podstawie rachunku wystawionego przez Przyjmującego Zamówienie.
3. Rachunek , o którym mowa w ust. 2 za miesiąc, za który ma zostać wypłacona należność, Przyjmujący Zamówienie składa Udzielającemu Zamówienia w terminie do piątego dnia następnego miesiąca. Wypłata nastąpi w terminie 7 dni, licząc od dnia poprawnie złożonego rachunku przez Przyjmującego Zamówienia na wskazane przez niego konto. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do złożenia Głównej Księgowej Szpitala informacji o numerze konta bankowego, na które będzie przekazywane wynagrodzenie.
4. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do przedkładania informacji o liczbie godzin świadczonych usług w formie pisemnej w terminie wskazanym w ust. 3, w/w informacja stanowi załącznik do rachunku o którym mowa w ust. 2.
5. Za datę spełnienia świadczenia pieniężnego uznaje się dzień, w którym nastąpiło obciążenie rachunku bankowego Udzielającego Zamówienia.
6. Przyjmujący Zamówienie samodzielnie dokonuje rozliczeń z przychodów osiąganych z niniejszej umowy zgodnie z przepisami dotyczącymi osób prowadzących działalność gospodarczą i innych przepisów obowiązujących w tym zakresie.

§ 8

1. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
2. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za nienależyte i nie terminowe wykonywanie obowiązków związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (zwłaszcza obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej, prowadzenia sprawozdawczości statystycznej).

§ 9

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2019 poz. 866).
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia , o którym mowa w ust. 1 przez cały okres obowiązywania umowy.
3. Kopię aktualnej polisy ubezpieczeniowej Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie doręczyć Udzielającemu Zamówienie.
4. Przyjmujący Zamówienie powinien spełniać wymagania zdrowotne niezbędne do wykonywania świadczeń na podstawie odrębnych przepisów.

§ 10

Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że świadczenia zdrowotne wykonywane przez niego na podstawie umów z innymi zakładami opieki zdrowotnej i osobami fizycznymi nie będą ograniczały realizacji obowiązków określonych niniejszą umową, jak też nie będą zwiększały kosztów świadczeń stanowiących przedmiot tej umowy.

§ 11

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się informować pisemnie lub mailowo Udzielającego Zamówienie o udzieleniu świadczeń zdrowotnych określonych w § 2 ust. 1 na rzecz innego zakładu opieki zdrowotnej, pod rygorem rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 12

Przyjmujący Zamówienie nie może przyjmować, w związku z wykonywaniem niniejszej umowy, jakichkolwiek dóbr od pacjentów, którym udziela świadczeń zdrowotnych.

§ 13

W czasie trwania umowy, a także w okresie 3 lat od jej rozwiązania lub ustania Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji technicznych, technologicznych, handlowych lub organizacyjnych, co do których Udzielający Zamówienia podjął niezbędne działania w celu zachowania ich poufności. W przypadku nie wywiązania się z tego obowiązku przez Przyjmującego Zamówienie, Udzielający Zamówienia uprawniony będzie do naliczenia kary umownej w wysokości 10.000,- zł (słownie: dziesięć tysięcy) oraz dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych, w przypadku, gdy kwota nie pokryje szkody z tego tytułu.

§ 14

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się nie rozpowszechniać informacji dotyczących Udzielającego Zamówienie w sposób naruszający dobre imię lub renomę Udzielającego Zamówienie.

§ 15

1. Umowa została zawarta na czas określony
2. Strony dopuszczają możliwość przedłużenia umowy na lata następne.

§ 16

1. Umowa ulega rozwiązaniu z upływem czasu, na który została zawarta.
2. Każdej ze stron przysługuje prawo rozwiązania umowy za 30-dniowym okresem wypowiedzenia.
3. Umowa może być rozwiązana w każdym czasie na zasadzie porozumienia stron.
4. Zamawiającemu przysługuje prawo niezwłocznego rozwiązania niniejszej umowy w każdym przypadku stwierdzenia jej nienależytego wykonywania przez Przyjmującego Zamówienie.

§ 17

Ewentualne spory między stronami podlegają rozstrzygnięciu Sądowi właściwemu dla siedziby Udzielającego Zamówienia.

§ 18

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy:

1. kodeksu cywilnego,
2. ustawy o działalności leczniczej,
3. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry,
4. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym,

5. Kodeks Etyki Lekarskiej.

§ 19

Strony dopuszczają możliwość renegotjacji niniejszej umowy, jeżeli zajdą okoliczności lub wystąpią zjawiska, jakich przy negocjacji umowy nie brały pod uwagę ani nie przewidywały przy jej zawieraniu. Wszelkie zmiany treści umowy dla swojej ważności wymagają formy pisemnej.

§ 20

Umowa niniejsza sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Udzielający Zamówienia

Przyjmujący Zamówienie