



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej  
im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku  
ul. Henryka Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk woj. mazowieckie  
NIP 567-15-32-011 Regon 000308703

Tel. (23) 661 34 00 - centrala;  
(23) 662 39 89 - sekretariat

Fax. (23) 662 32 14 e-mail: [przetargi@szpitalplonsk.pl](mailto:przetargi@szpitalplonsk.pl)



ISO 9001:2008

FZP.42.2.2020

Płońsk, dn. 19.08.2020 r.

## SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego

Postępowanie prowadzone jest w trybie konkursu ofert na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2020 poz. 295 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.). W sprawach nie uregulowanych w SWKO zastosowanie mają przepisy wskazane powyżej oraz przepisy kodeksu cywilnego.

### ZAMAWIAJĄCY

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego,  
ul. Henryka Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk

Strona internetowa: [www.szpitalplonsk.pl](http://www.szpitalplonsk.pl)

e-mail: [przetargi@szpitalplonsk.pl](mailto:przetargi@szpitalplonsk.pl)

### PRZEDMIOT KONKURSU

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego.
2. Nie dopuszcza się możliwości składania ofert wariantowych.

### FORMA OGŁOSZENIA KONKURSU

1. Ogłoszenie o konkursie ofert zostanie zamieszczone na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego oraz na stronie internetowej [www.szpitalplonsk.pl](http://www.szpitalplonsk.pl)

### INFORMACJE

1. Ilekroć mowa o:
  - „Zamawiającym”: należy przez to rozumieć Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego
  - „Wykonawca”: należy przez to rozumieć podmiot wykonujący działalność leczniczą lub osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, o którym jest mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 295 z późn. zm.).
  - „SWKO” – Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert.
2. SWKO określają wymagania stawiane Wykonawcy, tryb składania ofert, sposób przeprowadzenia konkursu.

3. Wykonawca w celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty winien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w SWKO.
4. Zamawiający ma prawo do odwołania konkursu do dnia składania ofert oraz do przedłużenia terminu składania ofert.
5. Zamawiający, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, zastrzega sobie prawo zmiany lub uzupełnienia treści warunków konkursu. W przypadku wprowadzenia takiej zmiany, informacja o tym zostanie niezwłocznie umieszczona na stronie internetowej Zamawiającego.
6. Wykonawcy nie przysługuje żadne roszczenie względem Zamawiającego z tytułu zastosowania przez Zamawiającego praw określonych w ust. 4 i 5.
7. Warunkiem przystąpienia do konkursu jest złożenie oferty przygotowanej na piśmie zgodnie z zasadami określonymi w niniejszych SWKO.
8. Zamawiający zastrzega sobie prawo zlecenia badań w ilości wynikających z jego rzeczywistych potrzeb, a ilości podanych świadczeń mają charakter szacunkowy i mogą ulec zmianie.
9. Wszelkie zapytania, co do treści warunków zamówienia muszą być wyrażone na piśmie i przesłane na adres Zamawiającego najpóźniej w terminie 3 dni przed otwarciem ofert. Zapytanie można przesłać pocztą elektroniczną na adres e-mail: [przetargi@szpitalplonsk.pl](mailto:przetargi@szpitalplonsk.pl).

#### **WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW**

Do konkursu ofert może przystąpić Wykonawca, który:

1. Posiada uprawnienia niezbędne do wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych objętych przedmiotem konkursu zgodnie z obowiązującymi wymogami.
2. Zapewni świadczenie usług na wysokim poziomie zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy technicznej, sztuką i etyką zawodu, obowiązującymi przepisami prawa i zaleceń Polskiego Towarzystwa Patologów oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności.
3. Posiada Licencję Polskiego Towarzystwa Patologów lub przedstawi oświadczenie, że pracuje zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Patologów.
4. Zapewni wyroby medyczne i sprzęt używane do wykonywania zamówienia dopuszczone do obrotu i spełniające wymagania wynikające z przepisów szczególnych oraz obowiązujących standardów.
5. Zapewni świadczenie usług przez wykwalifikowane osoby tj. min. 6 lekarzy histopatologów, w tym 4 specjalistów patomorfologii oraz minimum 2 cytodiagnostów.
6. Opracuje procedurę pobrania i transportu materiału histopatologicznego, która będzie stanowiła załącznik do umowy.
7. Posiada polisę OC z tytułu odpowiedzialności za szkody spowodowane w związku z wykonywanymi świadczeniami na kwotę zgodną z obowiązującymi przepisami prawa.
8. Zapewni stałość cen w okresie obowiązywania umowy.
9. Zapewni wykonywanie badań z udostępnieniem wyników w formie elektronicznej w systemie informatycznym kompatybilnym z systemem informatycznym Zamawiającego (system HIS Medicus Online firmy Atende Medica.). Zapewni możliwość zlecenia badań (wystawiania skierowań) bezpośrednio z HIS Medicus Online do systemu Wykonawcy.
10. Zobowiąże się do poddania kontroli przeprowadzonej przez Zamawiającego i NFZ w zakresie objętym Umową.
11. Zobowiąże się do podania danych potencjału w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) odpowiedniego Oddziału NFZ dla Zamawiającego
12. Zobowiąże się do spełnienia innych wymagań NFZ, których konieczności wprowadzenia nie można przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
13. Zobowiąże się do przygotowania miesięcznych zestawień wykonanych badań z uwzględnieniem danych osobowych pacjenta (imię, nazwisko, PESEL), komórki zlecającej, określeniem rodzaju i daty



wykonania świadczenia oraz imienia i nazwiska lekarza zlecającego. Zestawienia dołączane będą do każdej faktury.

14. Zapewni dostęp do udzielanych świadczeń przez 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku).
15. Zapewni minimum 5 razy w tygodniu (od poniedziałku do piątku) na własny koszt i własnym transportem odbiór materiału do badania i dostarczenie wyników badań;
16. Zapewni wykonanie i dostarczenie wyników badań do 7 dni roboczych, a dla badań pilnych oznaczonych nazwą „cito” do 4 dni roboczych (terminy liczone są od dnia odebrania materiału badawczego);
17. Wykonawca zapewni prawidłową komunikację telefoniczną i elektroniczną pomiędzy Zamawiającym, a pracownikami Wykonawcy wykonującymi opis badań.
18. Wykonawca zapewni druki skierowań i pojemniki jednorazowe na materiał tkankowy o zróżnicowanej wielkości dostosowanej do rodzaju materiału w ilościach zgodnych z potrzebami.
19. Dostarczy wszystkie wyniki badań w postaci pisemnej w dwóch egzemplarzach i drogą elektroniczną do systemu Zamawiającego.

### **CZAS, NA KTÓRY ZOSTANIE ZAWARTA UMOWA**

1. Umowa zostanie zawarta na czas określony tj. **24 miesiące**.
2. Planowany termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych - wrzesień 2020 roku.
3. Dopuszcza się możliwość zmian zapisów Umowy stanowiącej Załącznik Nr 3, których nie można było przewidzieć w trakcie trwania konkursu ofert.

### **WARUNKI, JAKIE MUSI SPEŁNIAĆ OFERTA**

1. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim.
2. Wszystkie strony oferty i załączniki muszą być podpisane przez Oferenta lub jego pełnomocnika, wszystkie strony muszą być ponumerowane.
3. Jeżeli ofertę podpisuje pełnomocnik do oferty należy załączyć pełnomocnictwo.
4. Oferta musi być złożona w trwale zamkniętej kopercie, na której należy umieścić dokładny adres Oferenta (adres do korespondencji, kontaktowy numer telefonu) oraz napis określający przedmiot postępowania konkursowego: „Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych”.
5. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną przez siebie ofertę przed upływem terminu składania ofert. Dokonanie tych czynności może nastąpić przez oferenta osobiście lub przez osobę przez niego pisemnie upoważnioną. Fakt wycofania oferty winien być odnotowany przez Zamawiającego i potwierdzony przez oferenta lub osobę przez niego pisemnie upoważnioną.
6. Wszystkie załączone do oferty dokumenty muszą zawierać dane aktualne na dzień składania oferty. Należy je złożyć w formie oryginałów albo kserokopii poświadczonych na każdej stronie za zgodność z oryginałem przez Oferenta lub osobę uprawnioną do jego reprezentacji.
7. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
8. Złożone oferty będą oceniane przez Komisję Konkursową powołaną przez Dyrektora SPZZOZ w Płońsku.

### **WYMAGANE DOKUMENTY**

1. Formularz ofertowy – sporządzony i wypełniony wg Załącznika Nr 1.
2. Formularz cenowy – Załącznik Nr 2.
3. Wykaz personelu wykonującego badania.
4. Referencje dotyczące jakości wyników badań. Zamawiający wymaga potwierdzenia, że Wykonawca udziela świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania badań histopatologicznych lub cytologicznych w co najmniej 2 jednostkach medycznych mających zawartą umowę z NFZ.

5. Wypis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą potwierdzający dopuszczenie do obrotu prawnego w zakresie objętym zamówieniem ze wskazaniem w nim miejsca wykonywania działalności (wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert).
6. Wypis z Krajowego Rejestru Sądowego (wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert).
7. Dokument potwierdzający zawarcie przez Wykonawcę umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (kopia polisy ubezpieczeniowej).
8. Aktualną licencję Polskiego Towarzystwa Patologów lub oświadczenie Wykonawcy, że pracuje zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Patologów.
9. Dokumenty, o których mowa w pkt. 4 – 8 mogą być przedstawione w formie oryginałów lub kserokopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.

## KRYTERIA OCENY OFERT

### Kryteria:

1	Oferowana cena za usługi	60 punktów
2	Lokalizacja miejsca wykonywania badań:	max 15 punktów
3	Referencje potwierdzające udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych lub cytologicznych w sposób należyty.	max 25 punktów
<b>RAZEM:</b>		<b>100 punktów</b>

### Sposób oceny:

#### 1. Kryterium nr 1 - Oferowana cena za usługi:

$$W = (C_n : C_b) \times \text{waga kryterium}$$

C<sub>n</sub> – najniższa oferowana cena oferty nie podlegającej odrzuceniu

C<sub>b</sub> – cena oferty badanej nie podlegającej odrzuceniu,

Cena podana w ofercie powinna zawierać wszelkiego rodzaju opłaty i koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia: wartość netto, podatek VAT, koszty ubezpieczenia, transportu, wszystkie rabaty, upusty, podatki i inne jeżeli występują.

#### 2. Kryterium nr 2 – Lokalizacja miejsca wykonywania badań (odległość w linii prostej)

Do 50 km	15 punktów
Do 100 km	10 punktów
Powyżej 100 km	5 punktów

#### 3. Kryterium nr 3 - Referencje potwierdzające udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych lub cytologicznych w sposób należyty

Referencje potwierdzające udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych lub cytologicznych w sposób należyty – od 5 i więcej Wykonawców	25 punktów
Referencje potwierdzające udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych lub cytologicznych w sposób należyty – od 4 Wykonawców	20 punktów
Referencje potwierdzające udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych lub cytologicznych w sposób należyty – od 3 Wykonawców	10 punktów



## **Wartość punktowa oferty = suma punktów uzyskanych dla poszczególnych kryteriów**

Oferta, która uzyska największą wartość punktową (sumę punktów) zostanie uznana za najkorzystniejszą.

### **MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT**

1. Zaklejoną ofertę należy złożyć do dnia **27.08.2020 roku do godziny 10:00** w Sekretariacie Zamawiającego.
2. Oferta przesłana pocztą będzie potraktowana jako złożona w terminie, jeżeli data otrzymania oferty nie będzie późniejsza niż termin składania ofert.
3. Wykonawca może otrzymać pisemne potwierdzenie złożenia oferty.
4. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.
5. Termin związania ofertą wynosi 30 dni licząc od dnia upływu terminu składania ofert.

### **MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT**

1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu **27.08.2020 roku o godz. 10:15** w siedzibie Zamawiającego, pokój nr 24 (budynek administracji, II piętro)

### **PRZEBIEG KONKURSU**

1. Komisja konkursowa przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert dokonuje kolejno następujących czynności:
  - a. W części jawnej konkursu ofert Komisja konkursowa w obecności Oferentów:
    - stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę złożonych ofert, ustala, które oferty wpłynęły w terminie, otwiera koperty z ofertami, podaje do wiadomości osobom obecnym na otwarciu ofert nazwę, adres oraz ceny zaproponowane przez poszczególnych Oferentów.
  - b. W części niejawnej konkursu, bez udziału Oferentów, Komisja konkursowa:
    - ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu ofert określone w SWKO,
    - informuje Oferenta o odrzuceniu oferty z podaniem przyczyny odrzucenia,
    - przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów,
    - wybiera najkorzystniejszą ofertę
2. Komisja Konkursowa wezwie oferentów, którzy w określonym terminie nie złożą wymaganych oświadczeń lub dokumentów albo gdy oferta zawiera braki formalne do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
3. Komisja Konkursowa odrzuca ofertę
  - złożoną po terminie:
  - jeżeli Wykonawca nie podał ceny świadczeń zdrowotnych,
  - jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
  - jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
  - jeżeli Wykonawca złożył ofertę alternatywną,
  - jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust.1 pkt 2. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
4. Dyrektor unieważnia postępowanie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy :
  - nie wpłynęła żadna oferta,
  - odrzucono wszystkie oferty
  - nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcia umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć,

- kwota najkorzystniejszych ofert przewyższa kwotę, którą SPZZOZ w Płońsku przeznaczył na finansowanie świadczeń.

## **ROZSTRZYGNĘCIE I WYNIKI KONKURSU**

1. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych Komisja Konkursowa rozstrzyga o wynikach postępowania nie później niż w ciągu 7 dni od daty otwarcia ofert.
2. Zamawiający zawiadomi drogą elektroniczną wszystkich Wykonawców o zakończeniu i wynikach konkursu.
3. W przypadku, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona zostanie tylko jedna oferta, Zamawiający może ją przyjąć, jeżeli stwierdzi, że spełnia ona postawione wymagania.
4. Zamawiający zawrze umowę (wg. wzoru stanowiącego Załącznik Nr 3 do SWKO) oraz Umowę przetwarzania danych osobowych (wg. wzoru stanowiącego Załącznik Nr 4 do SWKO) z Wykonawcą, którego oferta odpowiada warunkom formalnym oraz zostanie uznana za najkorzystniejszą w oparciu o ustalone kryteria oceny ofert.
5. Jeżeli Wykonawca, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Zamawiający wybierze ofertę najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert.

### **Załączniki:**

1. Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy.
2. Załącznik nr 2 – Formularz cenowy.
3. Załącznik nr 3 - Wzór umowy o świadczenie usług.
4. Załącznik nr 4 - Wzór umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych o przetwarzaniu danych osobowych.

## **ZAMAWIAJĄCY**

p.o. DYREKTORA  
Samodzielny Publiczny  
Zespół Opieki o Zdrowotność  
im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku

*Marcin Ozdarski*  
**lek. Marcin Ozdarski**



.....  
(pieczęć Wykonawcy)

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dotyczy: konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego,  
nr sprawy FZP.42.2.2020

NAZWA (FIRMA) ALBO IMIĘ I NAZWISKO WYKONAWCY :

.....

.....

SIEDZIBA ALBO MIEJSCE ZAMIESZKANIA WYKONAWCY:

UL.....

MIEJSCOWOŚĆ.....

KOD POCZTOWY ..... POCZTA .....

WOJEWÓDZTWO ..... POWIAT .....

NIP: ..... REGON: ..... KRS: .....

TEL: ..... FAX: .....

ADRES E-MAIL: .....

Adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż powyżej:

.....

.....

Oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wymogami SWKO wraz z załącznikami i przedkładamy ofertę:

**A. ŁĄCZNA CENA BRUTTO ZA REALIZACJĘ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

Oferujemy wykonanie zamówienia za cenę:

Wartość brutto : .....zł

(słownie:.....)

(wartość brutto z Formularza cenowego)

**B. ODLEGŁOŚĆ OD MIEJSCA WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ DO SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO**

1. Odległość od miejsca wykonywania przez Wykonawcę świadczeń (zgodnie z przedmiotem oferty) do miejsca siedziby Zamawiającego wynosi ..... km. (odległość w linii prostej)

**C. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA:**

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego odbywać się będzie począwszy **od dnia zawarcia umowy przez okres 24 miesięcy.**

**D. ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:**

1. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
2. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy jest :

.....

e-mail: .....tel./fax: .....

3. Osobą upoważnioną do podpisania umowy z Zamawiającym jest :

.....

e-mail: .....tel./fax: .....

**E. OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, nie wnosimy żadnych uwag ani zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania i złożenia oferty.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
3. Oświadczamy, że oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w SWKO oraz, że wymagania stawiane Wykonawcy oraz postanowienia zawarte we wzorze umowy zostały przez nas zaakceptowane bez zastrzeżeń.
4. Oświadczamy, że akceptujemy termin płatności oraz formę płatności określoną w załączniku nr 3 do SWKO - Wzór umowy.
5. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia będziemy realizować w okresie wskazanym w SWKO oraz w załączniku nr 3 do SWKO - Wzór umowy.
6. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty niezbędne do zrealizowania przedmiotu zamówienia (w tym podatek VAT i koszty związane z realizacją zamówienia itp.).
7. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1)</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

*1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).*

*\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

**F. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1) .....

2) .....

3) .....

Oferta została złożona na ..... kolejno ponumerowanych stronach.

.....  
Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy



## Formularz cenowy

## Zadanie Nr 1

Lp.	Nazwa badania	Szacunkowa ilość badań rocznie	Cena jednostkowa netto w zł	Cena jednostkowa brutto w zł	Wartość brutto w zł (C x E)
A	B	C	D	E	F
1	Badanie histopatologiczne	4000			
2	Badanie / barwienie immunohistochemiczne	400			
3	Badanie / barwienie histochemiczne	100			
4	Ocena preparatu biopsji aspiracyjnej i cienkoigłowej	2000			
5	Ocena preparatu biopsji gruboigłowej	50			
6	Ocena preparatu cytologii ginekologicznej	440			
7	Ocena preparatu cytologii nie ginekologicznej (np. płyny z jam ciała, płwocina, bronchoaspirat, wymazy, mocz)	200			
<b>Razem</b>					

.....  
 Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

UMOWA Nr .....

Zawarta w dniu ..... roku w Płońsku pomiędzy:

**Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku**, ul. Henryka Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk, wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000033369, REGON 000308703, NIP 567-15-32-011

reprezentowany przez: .....

przy kontrasygnacie: .....

Zwanym w treści umowy „**Zamawiającym**”

a

.....

z siedzibą .....

NIP .....

REGON.....

KRS .....

reprezentowany przez: .....

Zwanym w treści umowy „**Wykonawcą**”

W wyniku Konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych przeprowadzonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych strony zawierają umowę o następującej treści:

### § 1 Przedmiot umowy

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego

### § 2 Obowiązki Wykonawcy

1. Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych na rzecz pacjentów SPZZOZ im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku.
2. Wykonawca zapewni minimum 5 razy w tygodniu na własny koszt i własnym transportem odbiór materiału do badania ze wskazanych miejsc w siedzibie Zamawiającego. Przekazanie materiału do badania będzie każdorazowo poświadczane przez przedstawicieli obu stron umowy na dokumencie sporządzonym przez Zamawiającego.
3. Wykonawca zapewni na własny koszt i własnym transportem dostarczenie wyników w dwóch egzemplarzach w trakcie odbioru materiałów do badania.
4. Wykonawca zapewni druki skierowań i pojemniki jednorazowe na materiał tkankowy o zróżnicowanej wielkości dostosowanej do rodzaju materiału w ilościach zgodnych z potrzebami.
5. Wykonawca zapewni wykonanie i dostarczenie wyników badań do 7 dni roboczych, a dla badań pilnych oznaczonych nazwą „cito” do 4 dni roboczych (terminy liczone są od dnia odebrania materiału badawczego). Termin wykonania badania może ulec wydłużeniu, jeżeli badanie wymaga zastosowania specjalistycznych metod trwających dłużej niż wymieniony termin, o czym Zamawiający będzie poinformowany telefonicznie lub e-mailem.
6. Wykonawca zapewni podgląd/dostęp do wyników drogą on-line.



7. Wykonawca zobowiązuje się do prowadzenia rejestru przyjmowanych badań wg wymogów określonych dla prowadzenia dokumentacji medycznej, w których określa się w szczególności rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego, dane pacjenta oraz datę wykonania tego świadczenia, imię i nazwisko lekarza kierującego. Wykonawca zobowiązany jest udostępnić niniejszy rejestr Zamawiającemu lub osobie przez niego upoważnionej w każdym czasie. Sprawozdawczość statystyczna stanowić będzie dla Zamawiającego informację o zakresie i sposobie realizacji umowy.
8. Wykonawca zobowiąże się do przygotowania miesięcznych zestawień wykonanych badań z uwzględnieniem danych osobowych pacjenta (imię, nazwisko, PESEL), komórki zlecającej, określeniem rodzaju i daty wykonania świadczenia oraz imienia i nazwiska lekarza zlecającego. Zestawienia dołączane będą do każdej faktury.
9. Zamawiający zastrzega sobie prawo zlecenia badań w ilości wynikających z jego faktycznych uzasadnionych potrzeb. Wykonawca nie będzie zgłaszał i dochodził roszczeń w związku z niezrealizowaną częścią umowy.
10. Wykonawca podda się kontroli przeprowadzonej przez NFZ w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów prawa. Wykonawca zobowiązuje się do spełnienia wymagań NFZ, których nie można przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
11. Wykonawca oświadcza, iż posiada niezbędne kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania badań wymienionych w § 1 ust. 1 umowy.
12. Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej Umowy zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami etyki zawodowej i należytą starannością z uwzględnieniem postępu w danej dziedzinie medycyny oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i zaleceń Polskiego Towarzystwa Patologów.
13. Wykonawca zapewnia, iż świadczenia zdrowotne w zakresie przedmiotowych badań wykonywane będą przez specjalistów danego zakresu, na aparaturze gwarantującej skuteczną diagnostykę zgodnie z obowiązującymi przepisami i normami.
14. Wykonawca zobowiązuje się do wykonywania badań w miejscu wykonywania działalności wykazanym w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
15. Wykonywanie badań w innym miejscu niż wskazane w § 2 ust. 14 wymaga pisemnej uprzedniej zgody Zamawiającego.
16. Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność w związku z nienależytym wykonaniem lub niewykonaniem świadczenia w stosunku do Zamawiającego, także jeżeli w wyniku tego powstała szkoda u osoby trzeciej.
17. Wykonawca zobowiązuje się do wykonania integracji z systemem HIS Zamawiającego (Medicus Online) oraz poniesienia kosztów tej integracji.
18. Ze strony Wykonawcy osobą wyznaczoną do kontaktów w sprawie realizacji umowy jest:  
..... tel./fax./e-mail: .....

### **§ 3 Obowiązki Zamawiającego**

1. Zamawiający zapewni we własnym zakresie i we własnej siedzibie pobór materiału badawczego. Materiał do badań pobierany będzie przez personel uprawniony zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie procedurami u Zamawiającego.
2. Zamawiający wyda zlecenie przez uprawnionego pracownika, opíše i zewidencjonuje przygotowany materiał badawczy w formie pisemnej. Zlecenie zawiera: datę pobrania materiału, nazwę komórki organizacyjnej, nazwisko i imię pacjenta, PESEL, rodzaj materiału, dane kliniczne, podpis i pieczętkę imienną lekarza kierującego.
3. Zamawiający zarejestruje zlecenie w formie elektronicznej.
4. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości ilościowych lub jakościowych strony umowy odnotowują ten fakt w formie pisemnej celem wyjaśnienia zaistniałej sytuacji.

5. Zamawiającemu przysługuje od Wykonawcy roszczenie regresowe w wysokości poniesionych kosztów przez Zamawiającego z tytułu szkody wyrządzonej przez Wykonawcę przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych wynikających z niniejszej umowy.
6. Ze strony Zamawiającego osobą odpowiedzialną za rejestrację badań określonych w § 1 umowy jest: ....., tel. ....
7. Ze strony Zamawiającego osobą odpowiedzialną za nadzór merytoryczny umowy jest: Dyrektor ds. Medycznych Tomasz Koper, tel. 23 662 39 89
8. Ze strony Zamawiającego osobą do kontaktów z Wykonawcą w sprawie realizacji umowy jest: Dyrektor ds. Medycznych Tomasz Koper, tel. 23 662 39 89, tel. 23 662 39 89

#### **§ 4 Rozliczenie Stron**

1. Strony postanawiają, iż za wykonane badania Zamawiający zobowiązuje się zapłacić Wykonawcy wynagrodzenie, zgodnie z Załącznikiem Nr 2 – Formularzem cenowym przedstawionym w ofercie. Cena za badanie obejmuje także badania kolejne u tego samego pacjenta, jeżeli konieczność powtórzenia badania leży po stronie Wykonawcy.
2. Podstawą zapłaty jest faktura, wystawiona przez Wykonawcę raz w miesiącu w terminie do 10 dni po zakończeniu danego miesiąca. Obowiązkowym załącznikiem do faktury jest wykaz udzielonych świadczeń zdrowotnych w podziale na komórki organizacyjne Zamawiającego zawierający nazwisko i imię pacjenta, lekarza kierującego, rodzaj świadczenia oraz datę jego wykonania. Łączna wartość umowy w okresie 24 miesięcy nie może przekroczyć .....zł (słownie: .....)
3. Zapłata za wykonane usługi dokonywana będzie w formie przelewu na rachunek bankowy Wykonawcy w terminie **do 60 dni** od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
4. Za datę zapłaty strony przyjmują dzień uznania rachunku bankowego Wykonawcy.
5. Opóźnienie zapłaty należności przez Zamawiającego za świadczone usługi zdrowotne nie upoważnia Wykonawcy do wstrzymania udzielania świadczeń wynikających z niniejszej umowy.
6. Strony postanawiają, iż wynagrodzenie określone w umowie oraz ofercie jest niezmiennie w okresie obowiązywania umowy, przez co rozumieją, iż Wykonawca nie ma prawa żądania podwyższenia wynagrodzenia.

#### **§ 5 Termin realizacji przedmiotu umowy**

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony tj. od dnia zawarcia umowy do dnia ..... roku.

#### **§ 6 Odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy**

1. W razie nie wykonania lub nienależytego wykonania umowy Wykonawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu kary umowne :
  - 1) w wysokości 5% wartości umowy brutto o której mowa w § 4 ust. 1 w przypadku odstąpienia od umowy z przyczyn zwinionych przez Wykonawcę.
  - 2) za nieterminową realizację usługi Wykonawca każdorazowo zapłaci Zamawiającemu karę w wysokości 0,1% wartości umowy brutto o której mowa w § 4 ust. 1 umowy, za każdy dzień opóźnienia w wykonaniu usługi.
2. Strony wyrażają zgodę na potrącenie w/w kar umownych z wynagrodzenia przysługującego Wykonawcy.

#### **§ 7**

#### **Dopuszczalność dokonywania zmian postanowień umowy oraz warunki dokonywania takich zmian**

1. Strony dopuszczają możliwość zmian niniejszej umowy, jeżeli konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy;



2. Wniosek zawierający propozycje zmian warunków umowy powinien być zgłoszony w formie pisemnej i zostać przedłożony drugiej stronie, 14 dni przed proponowanym terminem zmiany umowy. Propozycja powinna zawierać uzasadnienie prawne i ekonomiczne.
3. Każda zmiana warunków umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Każda ze stron może rozwiązać umowę za uprzednim jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego bez podania przyczyny.
5. Umowa może być rozwiązana w każdym czasie na zasadzie porozumienia stron.
6. Zamawiający może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku gdy:
  - 1) W wyniku przeprowadzonej kontroli, stwierdzono nie wypełnienie warunków umowy lub nienależyte jej wykonywanie przez Wykonawcę;
  - 2) Wykonawca utracił uprawnienia konieczne do realizacji świadczeń objętych niniejszą umową.
  - 3) Powtarza się nieterminowy odbioru materiału badawczego lub nieterminowe dostarczenia wyników przez Wykonawcę.

### **§ 8 Poufność**

1. Strony zobowiązują się traktować wszelkie informacje otrzymane w związku z realizacją niniejszej umowy jako informacje poufne.
2. W szczególności strony zobowiązują się przestrzegać wszelkich przepisów i wewnętrznych procedur drugiej strony w celu zapewnienia ochrony informacji medycznych. Informacje takie nie mogą być przekazywane pośrednio lub bezpośrednio jakiegokolwiek osobie trzeciej, natomiast w ramach struktur organizacyjnych stron, dostęp do tych informacji posiadać będą jedynie pracownicy, podwykonawcy i przedstawiciele, których dostęp do informacji jest uzasadniony ze względu na ich pozycję lub udział w realizacji umowy.
3. Ujawnienie przez którąkolwiek ze stron jakiegokolwiek informacji poufnej innym niż opisane powyżej osobom fizycznym lub prawnym, wymagać będzie każdorazowo pisemnej zgody przedstawiciela drugiej strony, chyba że są to informacje publiczne dostępne, a ich upublicznienie nie nastąpiło w wyniku naruszenia postanowień niniejszej umowy.
4. Każda ze stron zobowiązuje się do ochrony (zgodnie z obowiązującymi przepisami) wszelkich danych stanowiących tajemnicę zawodową, objętych ochroną danych osobowych oraz wszystkich innych danych, których ochrona wynika z obowiązujących przepisów prawa.
5. W celu realizacji umowy powierzenie przetwarzania danych osobowych następuje zgodnie z odrębnie zawieraną umową.
6. Dokumentację medyczną wytworzoną przez Wykonawcę w związku z realizacją umowy, Wykonawca przechowywać będzie zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w szczególności ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

### **§ 9 Postanowienia końcowe**

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne właściwe przepisy prawa mające zastosowanie do przedmiotu niniejszej umowy.
2. Spory wynikłe na tle niniejszej umowy rozpatrywane będą przez rzeczowo właściwy sąd wg siedziby Zamawiającego.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.
4. Załączniki:
  - 1) Formularz cenowy
  - 2) Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych
  - 3) Procedura postępowania z materiałem do badania opracowana przez Wykonawcę.

**Wykonawca**

**Zamawiający**

**UMOWA**  
**powierzenia przetwarzania danych osobowych**

zawarta w dniu ... r. w ..... pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku, ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk, wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000033369, NIP 5671532011, reprezentowany przez p.o. Dyrektora Marcina Ozdarskiego,

zwanym w treści umowy „*Administratorem danych*”

a

.....  
z siedzibą .....

NIP .....

REGON.....

KRS .....

reprezentowany przez: .....

zwanym w treści umowy „*Podmiotem przetwarzającym*”

**PREAMBUŁA**

Zważywszy na:

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) - Dz.U.U.E.L.2016.119.1 zwane dalej RODO

oraz

Umowę z dnia ..... o udzielenie świadczeń zdrowotnych nr ..... (umowa główna) łączącą strony

Strony zgodnie postanawiają, co następuje:

**§ 1**

**Powierzenie przetwarzania danych osobowych**

1. Administrator danych powierza Podmiotowi przetwarzającemu, w trybie art. 28 RODO dane osobowe do przetwarzania, na zasadach i w celu określonym w niniejszej Umowie.
2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się przetwarzać powierzone mu dane osobowe zgodnie z niniejszą umową, RODO oraz innymi przepisami prawa, które dotyczą ochrony danych osobowych.
3. Podmiot przetwarzający oświadcza, iż stosuje środki bezpieczeństwa spełniające wymogi przewidziane w przepisach RODO.

**§ 2**

**Zakres i cel przetwarzania danych**

1. Podmiot przetwarzający będzie przetwarzał, powierzone na podstawie umowy dane: zwykle jak i szczególnych kategorii pacjentów Administratora danych w postaci ..... (*np. imion i nazwisk, adresu zamieszkania, nr PESEL itd.*).
2. Powierzone przez Administratora danych dane osobowe będą przetwarzane przez Podmiot przetwarzający wyłącznie w celu i zakresie wynikającym bezpośrednio z umowy głównej.



### § 3

#### **Obowiązku podmiotu przetwarzającego**

1. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się, przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych, do ich zabezpieczenia poprzez stosowanie odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych zapewniających adekwatny stopień bezpieczeństwa odpowiadający ryzyku związanym z przetwarzaniem danych osobowych, o których mowa w art. 32 RODO.
2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się dołożyć należytej staranności przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych.
3. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do nadania upoważnień do przetwarzania danych osobowych wszystkim osobom, które będą przetwarzały powierzone dane w celu realizacji niniejszej umowy.
4. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się zapewnić zachowanie w tajemnicy, przetwarzanych danych przez osoby, które upoważnia do przetwarzania danych osobowych w celu realizacji niniejszej umowy, zarówno w trakcie zatrudnienia ich w Podmiocie przetwarzającym, jak i po jego ustaniu, o której mowa w art. 28 ust. 3 pkt b RODO.
5. Podmiot przetwarzający po zakończeniu świadczenia usług związanych z przetwarzaniem usuwa oraz usuwa wszelkie ich istniejące kopie, chyba że prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego nakazują przechowywanie danych osobowych, zgodnie z art. 28 ust. 3 pkt g RODO.
6. W miarę możliwości Podmiot przetwarzający pomaga Administratorowi danych w niezbędnym zakresie wywiązywać się z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą oraz wywiązywania się z obowiązków określonych w art. 32-36 RODO, zgodnie z art. 28 ust. 3 pkt e, f RODO.
7. Podmiot przetwarzający po stwierdzeniu naruszenia ochrony danych osobowych bez zbędnej zwłoki zgłasza je Administratorowi danych w ciągu 48 h.

### § 4

#### **Prawo kontroli**

1. Administrator danych ma prawo kontroli, czy środki zastosowane przez Podmiot przetwarzający przy przetwarzaniu i zabezpieczeniu powierzonych danych osobowych spełniają postanowienia umowy, zgodnie z art. 28 ust. 3 pkt h RODO.
2. Administrator danych realizować będzie prawo kontroli w godzinach pracy Podmiotu przetwarzającego i z minimum 7 dniowym uprzedzeniem.
3. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli w terminie wskazanym przez Administratora danych nie dłuższym niż 7 dni.
4. Podmiot przetwarzający udostępnia Administratorowi danych wszelkie informacje niezbędne do wykazania spełnienia obowiązków określonych w art. 28 Rozporządzenia.

### § 5

#### **Dalsze powierzenia danych do przetwarzania (podpowiedzenie)**

1. Podmiot przetwarzający może powierzyć dane osobowe objęte niniejszą umową do dalszego przetwarzania podwykonawcom jedynie w celu wykonania umowy głównej po uzyskaniu uprzedniej pisemnej zgody Administratora danych.
2. Podwykonawca, o którym mowa w § 5 ust. 1 winien spełniać te same gwarancje i obowiązki jakie zostały nałożone na Podmiot przetwarzający w niniejszej umowie oraz działać zgodnie z postanowieniami RODO i innych aktów prawa powszechnie obowiązującego regulujących kwestię przetwarzania danych osobowych.
3. Podmiot przetwarzający ponosi pełną odpowiedzialność wobec Administratora danych za nie wywiązanie się ze spoczywających na podwykonawcy obowiązków ochrony danych, w szczególności obowiązek zapewnienia wystarczających gwarancji wdrożenia odpowiednich środków organizacyjnych i technicznych, aby przetwarzanie odpowiadało wymogom aktualnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie ochrony danych osobowych.

### § 6

#### **Odpowiedzialność Podmiotu przetwarzającego**

1. Podmiot przetwarzający jest odpowiedzialny za udostępnienie lub wykorzystanie danych osobowych niezgodnie z treścią umowy, a w szczególności za udostępnienie powierzonych do przetwarzania danych osobowych osobom nieupoważnionym.



2. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Administratora danych o jakimkolwiek postępowaniu, w szczególności administracyjnym lub sądowym, dotyczącym przetwarzania przez Podmiot przetwarzający danych osobowych określonych w umowie, o jakiegokolwiek decyzji administracyjnej lub orzeczeniu dotyczącym przetwarzania tych danych, skierowanych do Podmiotu przetwarzającego, a także o wszelkich planowanych, o ile są wiadome, lub realizowanych kontrolach i inspekcjach dotyczących przetwarzania w Podmiocie przetwarzającym tych danych osobowych, w szczególności prowadzonych przez inspektorów upoważnionych przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych. Niniejszy ustęp dotyczy wyłącznie danych osobowych powierzonych przez Administratora danych.

## **§ 7**

### **Czas obowiązywania umowy**

1. Niniejsza umowa obowiązuje od dnia jej zawarcia na czas trwania umowy głównej.
2. W każdym wypadku niniejsza umowa przestaje wiązać Strony z dniem, z którym przestają być związane postanowieniami umowy głównej.

## **§ 8**

### **Rozwiązanie umowy**

Administrator danych może rozwiązać niniejszą umowę ze skutkiem natychmiastowym gdy Podmiot przetwarzający:

- 1) pomimo zobowiązania go do usunięcia uchybień stwierdzonych podczas kontroli nie usunie ich w wyznaczonym terminie,
- 2) przetwarza dane osobowe w sposób niezgodny z umową,
- 3) powierzył przetwarzanie danych osobowych innemu podmiotowi bez zgody Administratora danych.

## **§ 9**

### **Poufność**

1. Podmiot przetwarzający zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, danych, materiałów, dokumentów i danych osobowych otrzymanych od Administratora danych i od współpracujących z nim osób oraz danych uzyskanych w jakikolwiek inny sposób, zamierzony czy przypadkowy w formie ustnej, pisemnej lub elektronicznej („dane poufne”).
2. Podmiot przetwarzający oświadcza, że w związku ze zobowiązaniem do zachowania w tajemnicy danych poufnych nie będą one wykorzystywane, ujawniane ani udostępniane bez pisemnej zgody Administratora danych w innym celu niż wykonanie Umowy, chyba że konieczność ujawnienia posiadanych informacji wynika z obowiązujących przepisów prawa lub Umowy.
3. Strony zobowiązują się do dołożenia wszelkich starań w celu zapewnienia, aby środki łączności wykorzystywane do odbioru, przekazywania oraz przechowywania danych poufnych gwarantowały zabezpieczenie danych poufnych, w tym w szczególności danych osobowych powierzonych do przetwarzania, przed dostępem osób trzecich nieupoważnionych do zapoznania się z ich treścią.

## **§ 10**

### **Postanowienia końcowe**

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W zakresie nieuregulowanym postanowieniami niniejszej umowy znajdują zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, ze szczególnym uwzględnieniem Kodeksu cywilnego oraz RODO.
3. Wszystkie spory mogące wyniknąć w trakcie realizacji niniejszej umowy będą rozstrzygane przez strony polubownie. Gdyby polubowne rozstrzygnięcie okazało się niemożliwe, spór rozstrzygnięty będzie przez sąd właściwy miejscowo dla siedziby Administratora danych.
4. Niniejsza umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

*Administrator danych*

*Podmiot przetwarzający*