



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku

ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk

Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;

(023) 662 39 89 – sekretariat

e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

Znak sprawy: DAS.42.5.2025

Płońsk, dn. 07.08.2025r.

**Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie dializoterapii pacjentów hospitalizowanych w SPZZOZ w Płońsku**

Konkurs Ofert prowadzony jest na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2025 poz. 450 z późn. zm.) oraz odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.), zwana dalej ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej, przy czym prawa i obowiązki Prezesa Funduszu i Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu wykonuje Dyrektor Udzielającego Zamówienia. W sprawach nieuregulowanych w SWKO zastosowanie mają przepisy wskazane powyżej oraz przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. 2024 poz. 1061 z późn. zm.). Do udzielenia zamówienia nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych.

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku, z siedzibą przy ul. Henryka Sienkiewicza 7, 09 – 100 Płońsk, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000033369 oraz Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Mazowieckiego pod numerem: 000000007478, NIP 567 153 20 11, REGON 000308703,

Strona internetowa: www.szpitalplonsk.pl

e-mail: statystyka@szpitalplonsk.pl

PRZEDMIOT KONKURSU:

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dializoterapii pacjentów hospitalizowanych w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku.

Szacunkowe miesięczne zapotrzebowanie zamówieniem wynosi około 19 zabiegów hemodializy miesięcznie. Udzielający zamówienia przewiduje zawarcie umowy z jednym podmiotem, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Udzielający Zamówienia informuje, że ilości świadczeń objętych przedmiotem zamówienia stanowią wartość szacunkową i służą do prawidłowego skalkulowania ceny oferty i wyboru ofert, co nie odzwierciedla deklarowanego wykorzystania w okresie trwania umowy. Udzielający Zamówienia zastrzega



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku

ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk

Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;

(023) 662 39 89 – sekretariat

e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

sobie możliwość zmniejszenia ilości świadczeń w zależności od rzeczywistych potrzeb, co nie może być podstawą jakichkolwiek roszczeń ze strony Oferenta. Ilość badań została oszacowana przez SPZZOZ w Płońsku na podstawie dotychczasowej realizacji badań.

DEFINICJE:

1. Ilekroć mowa o:

- 1) „Udzielającym Zamówienia” - należy przez to rozumieć Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku,.
 - 2) „Oferencie/Przyjmującym Zamówienie” - należy przez to rozumieć podmiot wykonujący działalność, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, – rozumie się przez to podmiot, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, posiadający personel legitymujący się nabyciem fachowych kwalifikacji do wykonywania zabiegów hemodializy, posiadający potencjał techniczny oraz osobowy, niezbędną wiedzę i doświadczenie, a także złożył ofertę w niniejszym konkursie,
 - 3) „SWKO” – niniejsze Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert,
 - 4) „konkursie” – rozumie się przez to niniejsze postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej prowadzone w trybie konkursu ofert przez Udzielającego Zamówienia,
 - 5) „zamówieniu” – rozumie się przez to zamówienie na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych, będące przedmiotem postępowania/umowy,
 - 6) „komisji konkursowej” – rozumie się przez to zespół pomocniczy powołany przez Dyrektora Udzielającego Zamówienia do oceny złożonych w konkursie ofert.
2. Udzielający Zamówienia ma prawo do odwołania konkursu do dnia składania ofert oraz do przedłużenia terminu składania ofert, przy czym Przyjmującemu Zamówienie nie przysługuje żadne roszczenie względem Udzielającego Zamówienia z tytułu zastosowania tego prawa.
3. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo zmiany lub uzupełnienia treści warunków konkursu. W przypadku wprowadzenia takiej zmiany, informacja o tym zostanie niezwłocznie umieszczona na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia. Oferty złożone po terminie zostaną odrzucone.
4. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie możliwość unieważnienia konkursu bez podania przyczyny przy czym Przyjmującemu Zamówienie nie przysługuje żadne roszczenie względem Udzielającego Zamówienia z tytułu zastosowania tego prawa.
5. Nie dopuszcza się możliwości składania ofert wariantowych.
6. Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych.
7. Warunkiem przystąpienia do konkursu jest złożenie oferty przygotowanej na piśmie zgodnie z zasadami określonymi w niniejszych SWKO.

WARUNKI WYMAGANE OD PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

1. Do konkursu ofert mogą przystąpić:

- a) Podmioty wykonujące działalność leczniczą w myśl art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.
- b) Oferenci, którzy dysponują personelem i sprzętem niezbędnym do wykonywania zabiegów hemodializy.
- c) Oferenci wpisani do odpowiedniego rejestru.



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku

ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk

Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;

(023) 662 39 89 – sekretariat

e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

- d) Oferenci, którzy zatrudniają personel, który posiada uprawnienia, kwalifikacje, wiedzę, doświadczenie i umiejętności i warunki lokalowe niezbędne do wykonywania świadczeń objętych przedmiotem konkursu w zakresie wskazanym w ofercie, określonym w obowiązujących przepisach prawa, mających zastosowanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
 - e) Oferenci, którzy zapewniają świadczenie usług na wysokim poziomie zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy technicznej, sztuką i etyką zawodu oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zapewnienia ciągłości usług w okresie trwania umowy.
 3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wykonać zabiegi w swojej siedzibie, w terminie ustalonym telefonicznie.
 4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wykonać zabiegi hemodializy przy użyciu własnego sprzętu i materiałów medycznych.
 5. Oferent zobowiązuje się współpracować z personelem medycznym Udzielającego Zamówienia.
 6. Oferent zobowiązany jest do przechowywania oraz udostępniania dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami.
 7. Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do poddania się kontroli przez NFZ lub Zamawiającego w zakresie wynikającym z niniejszego postępowania i umowy.
 8. Przyjmujący zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za wykonanie przedmiotu umowy.
 9. Przyjmujący zamówienie posiada umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej przez siebie działalności medycznej.
 10. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się stosować, wobec informacji pozyskanych od Zamawiającego, przepisy ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych.
 11. Świadczenia udzielane będą wyłącznie na podstawie skierowania/ zlecenia.

KRYTERIA OCENY OFERT:

1. Za ofertę najkorzystniejszą zostanie uznana oferta przedstawiająca najkorzystniejszy bilans punktów we wszystkich kryteriach.
2. Przy ocenie oferty i dokonaniu wyboru najkorzystniejszej z nich komisja stosuje następujące kryteria:
 - 1) cena - 70 %.
 - 2) lokalizacja - 30%,

	Kryterium	Punkty
1.	Cena	Sposób dokonania oceny wg wzoru: $WC = [(Cn : Cb)]$ WC – całkowita liczba punktów przyznanych badanej ofercie w kryterium „Cena” Cn – najniższa cena spośród ofert nie podlegających odrzuceniu Cb – cena oferty badanej nieodrzuconej Maksymalna liczba punktów=70 (70 %)
2.	Lokalizacja	a) <1 km =30 punktów



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku

ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk

Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;

(023) 662 39 89 – sekretariat

e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

		b) 1-10km = 10 punktów c) >10 km =5 punktów Maksymalna liczba punktów=30 (30%)
--	--	--

3. Całkowita punktacja przyznana badanej ofercie zostanie obliczona według poniższego wzoru:

$$WO = LpC \times 70\% + LpL \times 30\%$$

Wartość punktowa oferty = suma punktów uzyskanych dla poszczególnych kryteriów

Powyższe skróty oznaczają:

WO – ocena końcowa oferty,

LpC - liczba punktów wynikająca z oceny kryterium cena,

LpL- liczba punktów wynikająca z oceny kryterium lokalizacja,

4. Obliczenia według powyższych wzorów zostaną dokonane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
5. Jeżeli nie można wybrać najkorzystniejszej oferty z uwagi na to, że dwie lub więcej ofert przedstawia taki sam bilans ceny lub innych kryteriów oceny ofert, Udzielający Zamówienia wybiera spośród tych ofert ofertę, która otrzymała najwyższą ocenę w kryterium o najwyższej wadze, tj. Udzielający Zamówienia wybiera ofertę z najniższą ceną.
6. Jeżeli nie można dokonać wyboru oferty w sposób, o którym mowa w ust. 1-5, Udzielający Zamówienia wzywa Przyjmujących Zamówienie, którzy złożyli te oferty, do złożenia w terminie określonym przez Udzielającego Zamówienia ofert dodatkowych zawierających nową cenę.
7. Udzielający Zamówienia udzieli zamówienia Przyjmującemu Zamówienie, którego oferta odpowiadać będzie wszystkim wymaganiom określonym w SWKO i nie będzie podlegać odrzuceniu oraz zdobędzie największą liczbę punktów we wszystkich kryteriach łącznie, znaczenie 100% (1 %=1 punkt).

CZAS, NA KTÓRY ZOSTANIE ZAWARTA UMOWA:

1. Umowa zostanie zawarta na czas określony, tj. 36 miesięcy.
2. Planowany termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych – **wrzesień 2025 roku.**

OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY:

1. Przyjmujący Zamówienie ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty, niezależnie od wyniku konkursu.
2. Przyjmujący Zamówienie składa tylko jedną ofertę. Oferta musi być sporządzona w języku polskim i pod rygorem nieważności w formie pisemnej. Oferta powinna być podpisana przez osobę lub osoby uprawnione do jej podpisania.



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku

ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk

Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;

(023) 662 39 89 – sekretariat

e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

3. W przypadku składania dokumentów w formie kopii, muszą one być poświadczone za zgodność z oryginałem przez Przyjmującego Zamówienie lub przez upoważnionego/yh pełnomocnika/ów:
 - 1) w przypadku podpisywania oferty lub poświadczania za zgodność z oryginałem kopii dokumentów przez osobę/y nie wymienioną/e w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) Przyjmującego Zamówienie, należy do oferty dołączyć stosowne pełnomocnictwo;
 - 2) w przypadku udzielenia pełnomocnictwa, wymagana jest forma, rodzaj i zakres pełnomocnictwa właściwy do poszczególnych czynności. W przypadku pełnomocnictw dokument musi być przedłożony wyłącznie w formie oryginału lub kopii poświadczonej przez notariusza.
4. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane (lub podpisane) własnoręcznie przez osob(ę)y podpisując(ą)e ofertę.
5. Na ofertę składają się następujące dokumenty i oświadczenia:
 - 1) Formularz ofertowy - załącznik nr 1 do SWKO.
 - 2) Wykaz personelu realizującego przedmiot umowy- załącznik nr 2 do SWKO
 - 3) Wykaz sprzętu na którym będą wykonywane zabiegi- załącznik nr 3 do SWKO
 - 4) Aktualny odpis z właściwego rejestru potwierdzający fakt, że Przyjmujący Zamówienie jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą.
 - 5) Pełnomocnictwo – jeżeli osoba reprezentująca Przyjmującego Zamówienie w konkursie nie jest wskazana jako upoważniona do jego reprezentacji we właściwym rejestrze,
 - 6) Kserokopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy obowiązkowego ubezpieczenia przewidzianego we właściwych przepisach prawa, tj. art. 25 ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 29 kwietnia 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 866) lub pisemne pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta, w szczególności do złożenia oferty, udzielone przez osobę lub osoby, których prawo do reprezentowania Oferenta wynika z dokumentów przedstawionych wraz z ofertą (oryginał albo kopia poświadczona notarialnie) w przypadku, gdy Oferent jest reprezentowany przez pełnomocnika,
 - 7) Inne dokumenty i certyfikaty, potwierdzające doświadczenie, kwalifikacje i uprawnienia o których mowa w niniejszych SWKO.

SPOSÓB POROZUMIENIA SIĘ UDZIELAJACEGO ZAMÓWIENIE Z PRZYJMUJĄCYMI ZAMÓWIENIE:

1. Wszelkiego rodzaju oświadczenia, wnioski, zawiadomienia, informacje itp. (dalej, zbiorczo „Korespondencja”) przekazywane są drogą elektroniczną, z zastrzeżeniem, że złożenie oferty, jej zmiana lub wycofanie wymaga bezwzględnie formy pisemnej.
2. Oferty należy składać na formularzu w zamkniętych kopertach z podaniem adresu do korespondencji (wraz z numerem telefonu kontaktowego) do dnia 27.08.2025 roku, do godziny 15.00 w Sekretariacie Szpitala SPZZOZ w Płońsku lub przesłać pocztą do dnia 27.08.2025 roku na adres Szpitala do godz. 15.00. Koperta powinna zawierać dane identyfikacyjne Oferenta, ofertę cenową, dokumenty oraz oświadczenia wskazane w opisie wymaganych dokumentów. Oferta powinna być zaadresowana na adres Udzielającego Zamówienia. Ofertę uważa się za złożoną w terminie jeśli dotarła do Sekretariatu Szpitala do dnia 27.08.2025r do godz. 15.00.



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku

ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk

Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;

(023) 662 39 89 – sekretariat

e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

3. Brak jakiegokolwiek z dokumentów lub złożenie dokumentów w niewłaściwej formie spowoduje wezwanie do natychmiastowego uzupełnienia.
4. Termin związania z ofertą wynosi 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
5. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 28.08.2025 o godz. 10.00 w siedzibie Udzielającego Zamówienia (Sala konferencyjna, budynek A, II piętro obok Medycznego Laboratorium Diagnostycznego).
6. Otwarcie ofert zostanie dokonane w obecności Oferentów, przy czym obecność ta nie jest obowiązkowa.
7. Komisja konkursowa w części jawnej w obecności Oferentów stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert; otwiera koperty oraz przyjmuje do protokołu zgłoszone przez Oferentów wyjaśnienia i oświadczenia.
8. Komisja konkursowa w części niejawnej ustala, które z ofert spełniają warunki konkursu, odrzuca oferty nieodpowiadające warunkom konkursu, wzywa Oferentów do usunięcia braków formalnych, przeprowadza indywidualne negocjacje, wybiera najkorzystniejszą ofertę.
9. W przypadku stwierdzenia braków formalnych w złożonej ofercie, Komisja Konkursowa wzywa Oferenta do ich uzupełnienia informując Oferenta e-mailowo lub telefonicznie o stwierdzonych w ofercie brakach oraz ostatecznym terminie ich usunięcia.
10. Z przebiegu konkursu sporządza się protokół, który powinien zawierać:
 - 1) Oznaczenie miejsca i czasu rozpoczęcia oraz zakończenia postępowania.
 - 2) Imiona i nazwiska obecnych członków komisji konkursowej.
 - 3) Wykaz ofert odpowiadających warunkom konkursu.
 - 4) Wykaz ofert nie odpowiadających warunkom konkursu lub zgłoszonych po terminie.
 - 5) Wyjaśnienia i oświadczenia oferentów.
 - 6) Wykaz najkorzystniejszej oferty.
 - 7) Uzasadnienie, jeśli żadna z ofert nie została przyjęta.
 - 8) Odrębne stanowiska Komisji.
 - 9) Podpisy członków Komisji

ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU

1. Komisja konkursowa dokonując wyboru kieruje się przedstawionymi powyżej kryteriami oceny ofert.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w ciągu 7 dni od daty otwarcia konkursu ofert..
3. Miejsce rozstrzygnięcia: siedziba Udzielającego Zamówienia- Sala Konferencyjna.
4. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora SPZZOZ w Płońsku.
5. O rozstrzygnięciu konkursu ofert ogłasza się na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia, podając nazwę(firmę) i adres siedziby wybranego Oferenta.
6. Udzielający Zamówienia poinformuje wybranego Oferenta o miejscu i terminie podpisania umowy.

UNIEWAŻNIENIE KONKURSU OFERT

1. Komisja konkursowa unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
 - 1) nie wpłynęła żadna oferta;
 - 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu z zastrzeżeniem ust. 2.



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku

ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk

Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;

(023) 662 39 89 – sekretariat

e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

- 3) odrzucono wszystkie oferty;
 - 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający Zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń zdrowotnych w danym postępowaniu;
 - 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzone postępowanie lub zawarcie umowy nie leży w interesie Udzielającego Zamówienia, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
2. Jeżeli w toku konkursu wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.
3. Odrzuceniu podlegają oferty:
- 1) złożone po terminie,
 - 2) zawierające nieprawdziwe informacje,
 - 3) w których oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń (przedmiotu zamówienia),
 - 4) zawierające rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
 - 5) nieważne na podstawie odrębnych przepisów,
 - 6) w sytuacji gdy oferent złożył ofertę alternatywną,
 - 7) złożone przez oferenta nie spełniającego warunków udziału w konkursie,
 - 8) złożone przez oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania Udzielający Zamówienia rozwiązał umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy,

ŚRODKI ODWOŁAWCZE

1. Środki odwoławcze nie przysługują na:
 - 1) wybór trybu postępowania;
 - 2) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy;
 - 3) unieważnienie konkursu.
2. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania Oferent może złożyć umotywowany protest w terminie 7 dni od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
3. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
5. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na stronie internetowej Szpitala.
6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.
7. Oferent może wnieść w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.
8. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
9. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.
10. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku

ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk

Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;

(023) 662 39 89 – sekretariat

e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIENIA SIĘ Z PRZYJMUJĄCYMI ZAMÓWIENIE:

1. W zakresie procedury formalno-merytorycznej: Dział Analiz i Statystyki Medycznej, tel. 23 661 77 24,
e-mail: statystyka@szpitalplonsk.pl

ZAŁĄCZNIKI:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy.

Załącznik nr 2 – Wykaz personelu realizującego przedmiot umowy.

Załącznik nr 3 – Wykaz sprzętu.

Załącznik nr 4 – Wzór umowy.

Załącznik nr 5 – Wzór umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. Marszałka Józefa Piłsudskiego
w Płońsku

Robert Makówka



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku
ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk
Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;
(023) 662 39 89 – sekretariat
e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

Załącznik nr 1 do SWKO

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczy: konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie dializoterapii pacjentów hospitalizowanych w SPZZOZ, nr sprawy DAS.42.5.2025

NAZWA (FIRMA) ALBO IMIĘ I NAZWISKO PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE:

SIEDZIBA ALBO MIEJSCE ZAMIESZKANIA PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE:

UL..... MIEJSCOWOŚĆ.....

KOD POCZTOWY POCZTA

WOJEWÓDZTWO POWIAT

NIP: REGON: KRS:

TEL: ADRES E-MAIL:

Adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż powyżej:

A. CENA ZA REALIZACJĘ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

L.P.	RODZAJ	SZACUNKOWA ILOŚĆ ZABIEGÓW NA 36 MCY	CENA ZA 1 ZABIEG	WARTOŚĆ BRUTTO: ILOŚĆ ZABIEGÓW * CENA
1	ZABIEG HEMODIALIZY	684		

Wartość ogólna oferty zł brutto.

(Podana wartość służy do oceny i porównania złożonych ofert).

Oferent proponuje udzielanie świadczeń zdrowotnych- hemodializ w dniach tygodnia i godzinach :

B. TERMIN WYKONANIA:

Wykonywanie zabiegów z zakresu hemodializy od dnia zawarcia umowy przez okres 36 miesięcy.

C. ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:

- Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia;
- Osobą upoważnioną do kontaktów z Udzielającym Zamówienia w sprawach dotyczących realizacji umowy jest:
e-mail:tel.:



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku

ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk

Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;

(023) 662 39 89 – sekretariat

e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

3. Osobą upoważnioną do podpisania umowy z Udzielającym Zamówienia jest:

.....
e-mail: tel.:

D. 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 Przyjmującemu Zamówienie 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 4 do SWKO - Wzór umowy.
5. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia będziemy realizować w okresie wskazanym w SWKO oraz w załączniku nr 5 do SWKO - Wzór umowy.
6. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty niezbędne do zrealizowania przedmiotu zamówienia.
7. Oświadczamy, że dostarczymy i zainstalujemy wszystkie niezbędne programy potrzebne do przesyłania badań drogą elektroniczną.
8. Oświadczamy, iż zabezpieczymy dane tak, aby uniemożliwić ich odbiór przez osoby niepowołane.
9. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

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 Przyjmujący Zamówienie 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 Przyjmujący Zamówienie nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

E. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Oferta została złożona na kolejno ponumerowanych stronach.

.....
Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Przyjmującego Zamówienie



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku
ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk
Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;
(023) 662 39 89 – sekretariat
e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

Złącznik nr 2 do SWKO

Wykaz personelu realizującego przedmiot umowy

Dotyczy: konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie wykonywania dializoterapii pacjentów hospitalizowanych w SPZZOZ ,
nr sprawy DAS.42.5.2025

l.p.	Imię i nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Specjalizacja/ uprawnienia

.....
Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Przyjmującego Zamówienie



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku
ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk
Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;
(023) 662 39 89 – sekretariat
e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

Załącznik nr 3 do SWKO

Wykaz sprzętu

Dotyczy: konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie wykonywania dializoterapii pacjentów hospitalizowanych w SPZZOZ ,
nr sprawy DAS.42.5.2025

l.p.	NAZWA SPRZĘTU, PRODUCENT, TYP,MODEL	ROK PRODUKCJI	SPRZĘT SERWISOWANY TAK/NIE
1			
2			
3			
4			
5			

.....
Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Przyjmującego Zamówienie



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku

ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk
Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;
(023) 662 39 89 – sekretariat
e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

Załącznik nr 4 do SWKO

UMOWA NR

zawarta w dniu2025 r. w Płońsku

pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku z siedzibą w Płońsku przy ul. Henryka Sienkiewicza 7, 09 – 100 Płońsk, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000033369, NIP: 5671532011, REGON: 000308703,

reprezentowanym przez:.....

zwanym w treści umowy „**Udzielającym Zamówienia**”

a

.....

z siedzibą.....

KRS: NIP: REGON:

reprezentowanym przez.....

zwanym w treści umowy „**Przyjmującym Zamówienie**”

zwanych łącznie „Stronami”

§ 1

Strony umowy zgodnie oświadczają, że w wyniku konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dializoterapii pacjentów hospitalizowanych w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku, ul. Henryka Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk, znak sprawy DAS.42.5.2025, przeprowadzonego na podstawie ustawy 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 wybrana została oferta w/w Przyjmującego Zamówienie.

§ 2

PRZEDMIOT UMOWY

Przedmiotem umowy jest wykonywanie zabiegów hemodializy na rzecz Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku - zgodnie ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO), ofertą Przyjmującego Zamówienie oraz załącznikiem nr 1 – Formularzem cenowym.

§ 3

OBOWIĄZKI PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonywania zabiegów hemodializy według potrzeb Udzielającego Zamówienia na wysokim poziomie zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy technicznej,



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku

ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk

Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;

(023) 662 39 89 – sekretariat

e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

sztuką i etyką zawodu, przy zachowaniu należytej staranności i w ustalonym terminie, zgodnie z postanowieniami niniejszej umowy, załącznikiem nr 1 do umowy, SWKO, złożoną ofertą oraz zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach prawa.

2. Przyjmujący Zamówienie posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuje potencjałem technicznym i osobami posiadającymi odpowiednie kwalifikacje zawodowe niezbędne do wykonywania badań specjalistycznych objętych przedmiotem Umowy.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wykonywać zabiegi we własnej siedzibie, przy użyciu własnego sprzętu, aparatury, materiałów medycznych i sanitarnych.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach tygodnia i godzinach :.....
5. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, iż:
 - 1) zobowiązuje się w okresie obowiązywania umowy do posiadania ważnej umowy obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, na sumę gwarancyjną nie niższą niż wymagana przepisami prawa oraz okazywać ją na każde żądanie osób upoważnionych przez Udzielającego Zamówienia;
 - 2) zobowiązuje się w okresie obowiązywania umowy oraz w okresie 3 lat po jej rozwiązaniu do poddania się kontroli Udzielającego Zamówienia w zakresie niezbędnym dla zweryfikowania sposobu wykonywania zobowiązań przyjętych na podstawie umowy; Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo wyznaczenia kontroli w terminie określonym według własnego uznania po uzgodnieniu z Przyjmującym Zamówienie. Strony postanawiają, iż Udzielający Zamówienia jest uprawniony do realizacji prawa kontroli niezależnie od kontroli Przyjmującego Zamówienie przez podmioty działające z umocowania władzy publicznej,
 - 3) zobowiązuje się w okresie obowiązywania umowy oraz bezterminowo po jej rozwiązaniu do poddania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wykonywania obowiązków wynikających z niniejszej umowy,
 - 4) zobowiązuje się do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej zgodnej z wymogami statuowanymi przez obowiązujące przepisy prawa.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany będzie do prowadzenia wykazu zabiegów wykonanych (wraz z wykazem imiennym pacjentów) w miesiącu rozliczeniowym i będzie dołączał go do wystawianej faktury, a wszelkie wątpliwości, co do w/w wykazu badań będą wyjaśniane na piśmie. Załączniki imienne do faktur będą generowane w podziale na poszczególne oddziały. Udzielającego Zamówienie.
7. Dokumentację medyczną wytworzoną przez Przyjmującego Zamówienie w związku z realizacją umowy, Przyjmujący Zamówienie przechowywać będzie zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w szczególności ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

§ 4

OBOWIĄZKI UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA

1. Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do zapłaty za wykonywanie przedmiotu umowy zgodnie z § 5 umowy.
2. W przypadku niewywiązywania się z obowiązków przewidzianych w Umowie, tj. niewykonywania opisów badań przez Przyjmującego Zamówienie, Udzielający Zamówienia może zlecić wykonanie przedmiotu Umowy innemu Podmiotowi, a różnicą w cenie między ceną badania innego Podmiotu a ceną badania przedstawioną w załączniku nr 1 do umowy obciążyć Przyjmującego Zamówienie, przy czym



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku

ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk

Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;

(023) 662 39 89 – sekretariat

e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

Przyjmujący Zamówienie musi wskazać Podmiot, któremu Udzielający Zamówienia może zlecić wykonanie przedmiotu Umowy.

§ 5

ROZLICZENIE STRON

1. Wartość umowy w całym okresie jej obowiązywania nie może przekroczyć kwoty zł brutto.
2. Za realizację przedmiotu umowy Udzielający Zamówienia zapłaci Przyjmującemu Zamówienie wynagrodzenie wg cen wynikających ze złożonej oferty oraz zgodnie z załącznikiem nr 1 do umowy.
3. Zapłata za realizację przedmiotu umowy będzie dokonana przez Udzielającego Zamówienie w PLN przelewem na konto Przyjmującego Zamówienie wskazane na fakturze VAT w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Udzielającego Zamówienie prawidłowo wystawionej faktury VAT.
4. Udzielający Zamówienia upoważnia Przyjmującego Zamówienie do wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy.
5. Za dzień zapłaty Strony uznają datę złożenia przez Udzielającego Zamówienia polecenia przelewu bankowego.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wystawiać faktury w okresach miesięcznych, przez co Strony rozumieją, iż faktura obejmuje wynagrodzenie za zabiegi wykonane w ciągu danego miesiąca kalendarzowego. Ponadto, Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wystawiać fakturę wraz z załącznikiem, który będzie zawierać: dane pacjenta: imię, nazwisko, dane lekarza oraz oznaczenie jednostki organizacyjnej Udzielającego Zamówienia (Oddział) kierującej na zabieg oraz cenę brutto wykonanego zabiegu.
7. Udzielający Zamówienia zastrzega, że cesja wierzytelności, wynikających z niniejszej umowy, może nastąpić jedynie za zgodą Udzielającego Zamówienia.

§ 6

TERMIN REALIZACJI UMOWY

Umowa zostaje zawarta na okres 36 miesięcy, tj. od dnia r. do dnia r. lub zostaje rozwiązana wcześniej w przypadku wyczerpania kwoty określonej w § 5 ust. 1 umowy (w zależności od tego, co nastąpi jako pierwsze).

§ 7

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA NIEWYKONANIE LUB NIENALEŻYTE WYKONANIE UMOWY

1. Przyjmujący Zamówienie ponosi wobec Udzielającego Zamówienia pełną odpowiedzialność za niewykonanie lub niewłaściwe wykonanie przedmiotu umowy.
2. Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za skutki wszelkiego rodzaju błędów, naruszeń, zdarzeń niepożądanych zaistniałych z przyczyn leżących po stronie osób działających w imieniu i na rzecz Przyjmującego Zamówienie w czasie wykonania każdej usługi objętej zamówieniem.

§ 8

UMOWNE PRAWO ODSTĄPIENIA OD UMOWY



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku

ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk

Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;

(023) 662 39 89 – sekretariat

e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

1. Udzielającemu Zamówienia przysługuje prawo odstąpienia od umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w następujących przypadkach:
 - 1) ogłoszenia , likwidacji lub rozwiązania Przyjmującego Zamówienie w ciągu 21 dni od powzięcia przez Udzielającego zamówienia wiadomości o zaistnieniu takiej sytuacji;
 - 2) wydania nakazu zajęcia majątku Przyjmującego Zamówienie, tj. rzeczywiste zajęcie w postępowaniu egzekucyjnym całego majątku Przyjmującego Zamówienie lub jego istotnej części, uniemożliwiające realizację umowy – w ciągu 21 dni od powzięcia przez Udzielającego zamówienia wiadomości o zaistnieniu takiej sytuacji;
 - 3) gdy Przyjmujący Zamówienie realizuje przedmiot umowy niezgodnie z postanowieniami wynikającymi z niniejszej umowy.
2. Odstąpienie od umowy może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej wraz z podaniem uzasadnienia.
3. Strony postanawiają, iż Udzielający Zamówienia i Przyjmujący Zamówienie za wyjątkiem sytuacji określonych w § 8 ust. 1 może rozwiązać umowę za trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia.
4. Umowa może być rozwiązana w każdym czasie na zasadzie porozumienia stron.

§ 9

ZMIANY UMOWY

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia do niniejszej umowy mogą być dokonane w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.
2. Strony dopuszczają możliwość zmian umowy w następujących przypadkach:
 - 1) zmiany w strukturze organizacyjnej Udzielającego Zamówienia i Przyjmującego Zamówienie powodujące zmianę jego danych;
 - 2) dopuszcza się przedłużenie umowy w przypadku niewykorzystania środków finansowych określonych w umowie (zmiana terminu obowiązywania umowy);
 - 3) dopuszcza się zmianę umowy bez przeprowadzenia nowego konkursu której łączna wartość jest niższa niż 10 % wartości pierwotnej umowy, a zmiana ta nie powoduje zmiany ogólnego charakteru umowy,
 - 4) dopuszcza się zmianę cen jednostkowych na niższe niż zaoferowane w ofercie,
 - 5) zmiany obowiązujących przepisów prawa w zakresie mającym wpływ na realizację przedmiotu umowy.
3. Dopuszczalne są wszelkie zmiany nieistotne rozumiane jako zmiany umowy wywołane przyczynami zewnętrznymi, które w sposób obiektywny uzasadniają potrzebę tych zmian, niepowodujące zachwiania równowagi ekonomicznej pomiędzy Udzielającym Zamówienia a Przyjmującym Zamówienie.

§ 10

UMOWA O PODWYKONAWSTWO

1. W przypadku braku możliwości wykonania badania Przyjmujący Zamówienie może zlecić wykonanie części przedmiotu Umowy Podwykonawcy.
2. Zlecenie wykonania części przedmiotu Umowy nie zmienia zobowiązań Przyjmującego Zamówienie wobec Udzielającego Zamówienia za wykonanie tej części przedmiotu Umowy. Przyjmujący



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku

ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk

Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;

(023) 662 39 89 – sekretariat

e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

Zamówienie jest odpowiedzialny za działania, uchybienia i zaniedbania Podwykonawcy w takim samym stopniu jakby to były działania, uchybienia i zaniedbania Przyjmującego Zamówienie.

3. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek załączenia do faktury VAT w przypadku realizacji przedmiotu umowy przy udziale Podwykonawców - oświadczenia, iż dokonał stosownej zapłaty na rzecz Podwykonawców za wykonaną przez nich część zamówienia wraz z oświadczeniami Podwykonawców, że otrzymali należne im kwoty wynagrodzenia i nie zgłaszają roszczeń finansowych do Przyjmującego Zamówienie.

§ 11

PRZEDSTAWICIELSTWO STRON

1. Do kontaktów w sprawie realizacji niniejszej umowy strony upoważniły:
 - 1) **Ze strony Przyjmującego Zamówienie osobą wyznaczoną do kontaktów w sprawie realizacji umowy jest:** – tel. / e-mail: /
 - 2) **Ze strony Udzielającego Zamówienia osobą do kontaktów z Przyjmującym Zamówienie w sprawie realizacji umowy jest:** - tel. / e-mail: /

§ 12

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 jakiejkolwiek 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 jakiejkolwiek 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.

§ 13

SIŁA WYŻSZA

Strony są zwolnione od odpowiedzialności z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy w przypadku, gdy niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem siły wyższej, w tym awarii łączy leżącej po stronie operatora. Zdarzeniami siły wyższej w rozumieniu niniejszej umowy są w szczególności: niezawiniona przez stronę przerwa w dostawie elektryczności, strajk generalny, walki



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku

ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk

Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;

(023) 662 39 89 – sekretariat

e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

wewnętrzne w kraju, trzęsienie ziemi, powódzie i inne zdarzenia elementarnych sił przyrody, których strony nie mogą przewidzieć, których ponadto nie przewidziały i nie mogły przewidzieć i które są zewnętrzne w stosunku do ich samych i ich działalności. W czasie trwania siły wyższej Przyjmujący Zamówienie odpowiada za niewykonanie lub nieprawidłowe wykonanie Umowy, gdy ponosi winę umyślną za naruszenia. Przyjmujący Zamówienie dołoży wszelkich starań, aby pomimo istnienia siły wyższej zapewnić ciągłość wykonywania świadczeń oraz zobowiązuje się informować Udzielającego Zamówienia niezwłocznie i na bieżąco o wszelkich trudnościach związanych z realizacją Umowy.

§ 14

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z tytułu niniejszej umowy, będą rozstrzygane polubownie. W przypadku braku porozumienia właściwym sądem do rozpatrywania sporów wynikłych w trakcie realizacji umowy jest sąd właściwy miejscowo dla siedziby Udzielającego Zamówienia.
3. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z czego jeden otrzymuje Przyjmujący Zamówienie, a dwa Udzielający Zamówienia.
4. Załączniki do niniejszej umowy stanowią:
 - 1) Formularz cenowy;

Przyjmujący Zamówienie

Udzielający Zamówienia



**Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku**

ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk
Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;
(023) 662 39 89 – sekretariat
e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

Załącznik nr 1 do umowy nr

Formularz cenowy

L.P.	RODZAJ	CENA BRUTTO ZA 1 ZABIEG
1	ZABIEG HEMODIALIZY	



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku
ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płońsk
Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;
(023) 662 39 89 – sekretariat
e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

Załącznik nr 5 do SWKO

Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych

Zawarta w dniu roku w Płońsku, pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku z siedzibą w Płońsku przy ul. Henryka Sienkiewicza 7, 09 – 100 Płońsk, wpisanym do rejestru towarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi Śródmieścia w Łodzi, XX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem: 0000033369, NIP: 567 153 20 11, REGON: 000308703,
reprezentowanym przez:

zwanym w treści umowy „**Administratorem danych**”

a

.....

z siedzibą

KRS, NIP....., REGON.....

reprezentowanym przez

zwanym w treści umowy „**Podmiotem przetwarzającym**”

zwanymi łącznie „**Stronami**”

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.UE.L.2016.119.1 zwane dalej RODO oraz Umowę nr z dnia (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 zwykłe jak i szczególnych kategorii pacjentów Administratora danych w postaci 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

Obowiązek 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 niewywiązanie 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 Prezesa Urzędu 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

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



**Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płocku**

ul. Sienkiewicza 7, 09-100 Płock
Tel. (0 23) 661 34 00 - centrala;
(023) 662 39 89 – sekretariat
e-mail: sekretariat@szpitalplonsk.pl



ISO 9001:2015

- 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

