



**Szczegółowe warunki konkursu ofert**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w Poradni Chorób Endokrynologicznych  
i Klinice Chorób Zawodowych i Wewnętrznych/Izbie Przyjęć  
w okresie od 16.08.2023 r. do 31.12.2024 r.**

- I. Ogłaszający konkurs - Udzielający zamówienia:** Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni ul. Powstania Styczniowego 9b, 81-519 Gdynia.
- II. Podstawa prawna** - art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej tekst jednolity z dnia 07 kwietnia 2023 ( Dz.U. z 2023 r. poz. 991 ).
- III. Przedmiot konkursu:** CPV: 851211100-4 Ogólne usługi lekarskie, 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne, 85112200-9 Usługi leczenia ambulatoryjnego, 85111200-2 Medyczne usługi szpitalne i **łącznie zapotrzebowanie w okresie od 16.08.2023 r. do 31.12.2024 r.**

- 1. Udzielanie porad specjalistycznych z zakresu chorób endokrynologicznych w Poradni Endokrynologicznej 157 500 punktów**
- 2. Wykonywanie badań USG tarczycy pacjentom Poradni Endokrynologicznej - 640 badań**
- 3. Wykonywanie badań USG tarczycy do BAC pacjentom Poradni Endokrynologicznej - 320 badań**
- 4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinice Chorób Zawodowych i Wewnętrznych/Izbie Przyjęć w podstawowej i dyżurowej ordynacji lekarskiej – 2 080 godzin**

Udzielający zamówienia wymaga, aby świadczenia lekarskie w zakresie endokrynologii i wykonywania badań USG tarczycy udzielane były w siedzibie Udzielającego zamówienia w Poradni Endokrynologicznej od poniedziałku do piątku w przedziale godzinowym 8<sup>00</sup> – 18<sup>00</sup>, zaś udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinice Chorób Zawodowych i Wewnętrznych/Izbie Przyjęć od poniedziałku do niedzieli całodobowo.

- IV. Udzielający zamówienia zamierza udzielić zamówienia maksymalne 4 lekarzom o różnej miesięcznej deklarowanej liczbie porad/badań oraz dni i godzin.**

Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie wartości umowy **do 25%** w sytuacjach wynikających wyłącznie z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.

- 1. Pozostałe warunki wykonywania świadczeń wskazane są w projekcie umowy, stanowiącej załącznik nr 1 do SWKO.**
- 2. Podpisanie umowy nastąpi niezwłocznie po prawomocnym rozstrzygnięciu konkursu na okres od dnia 16.08.2023 r. do dnia 30.06.2025 r.**

## V. WYMAGANIA DOTYCZĄCE OFERENTÓW

1. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się oferenci, którzy:
  - 1) są uprawnieni do udzielania świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem niniejszego konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej - tekst jednolity z dnia 07 kwietnia 2023 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 991) i pozostałych przepisów oraz zarejestrowani są /będą gotowi, w przypadku wyboru ich oferty, we właściwym rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w zakresie świadczeń zdrowotnych zgodnych ze składaną ofertą - w przypadku lekarzy wykonujących działalność leczniczą w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej dodatkowo spełniają warunki wskazane w art. 18 w/w ustawy,
  - 2) posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie endokrynologii,
  - 3) potwierdzają dyspozycyjność do udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie,
  - 4) nie posiadają przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu,
  - 5) są uprawnieni / będą gotowi, w przypadku wyboru ich oferty, do występowania w obrocie prawnym zgodnie z aktualnym stanem prawnym,
  - 6) posiadają aktualną polisę ubezpieczeniową OC / będą gotowi do niezwłocznego zawarcia umowy ubezpieczeniowej OC, w przypadku wyboru ich oferty,
  - 7) zaproponują warunki finansowe, które mieszczą się w kwocie przeznaczonej przez Udzielającego Zamówienie na realizację przedmiotu zamówienia.
2. Warunkiem przystąpienia do konkursu jest zaakceptowanie załączonego projektu umowy.

## VI. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Ofertę należy przedstawić zgodnie z wymaganiami określonymi w szczegółowych warunkach konkursu ofert (SWKO) oraz Regulaminie udzielania zamówienia na świadczenia zdrowotne UCMMiT.
2. Oferent składa ofertę na formularzu ofertowym, udostępnionym na stronie internetowej **www.ucmmiit.gdynia.pl** w zakładce **BIP** przez Udzielającego zamówienie wraz z wymienionymi w nim załącznikami i projektem umowy.
3. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponoszą oferenci.
4. Oferta - pod rygorem jej odrzucenia - musi być napisana w języku polskim, trwałą i czytelną techniką oraz podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania firmy na zewnątrz.
5. Cena musi być podana w złotych polskich.
6. W charakterze załączników do oferty Oferent przedkłada oryginały lub potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie odpowiednich dokumentów.
7. Każda strona oferty i załączników powinna być ponumerowana i podpisana przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną. W przypadku składania oferty przez pełnomocników należy



dołączyć oryginał pełnomocnictwa lub kopię podpisaną przez mocodawcę upoważnionego do reprezentowania Oferenta lub Uwierzytelnioną przez notariusza.

8. Ewentualne poprawki w tekście oferty mogą być dokonywane tylko poprzez przekreślenie błędnego zapisu, umieszczenie obok jego treści poprawnej, parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.
9. Ofertę - wraz ze wszystkimi załącznikami - należy umieścić w zamkniętej kopercie, opatrzonej następującymi napisami:

**Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w przedmiocie:** .....  
(rodzaj świadczenia zdrowotnego)

**Nie otwierać przed: 07.08.2023 r . godz. 9.00**

10. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę. Niedopuszczalne jest składanie ofert alternatywnych lub wariantowych. Niezachowanie tego warunku stanowić będzie podstawę odrzucenia oferty.

## VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Ofertę w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisami określonymi w pkt. VI ust.9 niniejszych szczegółowych warunków konkursu - należy złożyć (lub przesłać pocztą) **do dnia 07.08.2023 r. godz. 09.00 w Dziale Kadr i Organizacji pok. nr 28 Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej ul. Powstania Styczniowego 9b, 81-519 Gdynia.**
2. Za moment złożenia oferty przyjmuje się termin otrzymania oferty przez Zamawiającego.
3. Oferta złożona po terminie wyżej określonym - zostanie zwrócona bez otwierania.
4. Do kontaktu z oferentami upoważniona jest **Marzena Głowacz –Dyrektor ds. leczenia** w poniedziałek i czwartek w godz. 8<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup> i piątek w godz. 12<sup>00</sup> -15<sup>00</sup> pod nr tel. 58 699 85 06 oraz **Renata Kulesza** od poniedziałku do piątku w godz. 7<sup>00</sup> – 14<sup>00</sup>, pod nr tel.58 699 86 01.

## VIII. MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

1. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Udzielający zamówienia w drodze zarządzenia powołuje komisję konkursową.
2. Szczegółowe zasady pracy komisji określa „Regulamin udzielania zamówienia na świadczenia zdrowotne w UCMMiT”, który jest dostępny w Dziale Kadr i Organizacji pok. nr 28 w godz. 7<sup>00</sup>-14<sup>00</sup>.
3. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej, które odbędzie się w dniu **07.08.2023 r. o godz. 10<sup>00</sup> w Uniwersyteckim Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej, ul. Powstania Styczniowego 9b, 81-519 GDYNIA – pok. 28.**
4. Oferenci lub ich przedstawiciele mogą być obecni przy otwieraniu kopert z ofertami.

## IX. KRYTERIUM OCENY OFERT

1. Zamawiający udzieli zamówienia oferentowi, którego oferta odpowiada wszystkim wymaganiom w SWKO oraz została uznana za najkorzystniejszą.
2. Wybierając najkorzystniejszą ofertę komisja konkursowa będzie brała pod uwagę następujące kryteria: Cena 80 %, Jakość 5%, Kompleksowość 5 %, Dostępność 5%, Ciągłość 5%.
3. Każda z ofert oceniana będzie w skali 0 - 100 pkt, przy zastosowaniu podanych poniżej kryteriów i uwzględnianiu ich znaczenia (wag) w następujący sposób:



### Kryterium I - Cena 80%

Ocena punktowa oferty dokonana zostanie zgodnie z formułą:

$$\text{Wartość punktowa oferty} = \frac{\text{oferowana wartość minimalna}}{\text{oferowana wartość badanej oferty}} \times 80 \text{ pkt}$$

### Kryterium II - Jakość 5%

Ocena punktowa oferty dokonana zostanie zgodnie z poniższym (punkty za poszczególne kryteria sumują się):

- a) Posiadanie tytułu lekarza specjalisty chorób wewnętrznych (II° lub „nowy tryb”) – 5 pkt
- a) Brak specjalizacji z chorób wewnętrznych – 0 pkt

### Kryterium III - Kompleksowość 5%

Ocena punktowa oferty dokonana zostanie zgodnie z poniższym:

- a) Zaoferowanie udzielania świadczeń zdrowotnych wyszczególnionych w pkt III ppkt od 1-4 - 5 pkt
- b) Zaoferowanie udzielania świadczeń zdrowotnych wyszczególnionych w pkt III tylko w wybranym zakresie – 0 pkt

### Kryterium IV Dostępność – 5 %

Ocena punktowa oferty dokonana zostanie zgodnie z poniższym

- a) Zaoferowanie udzielania świadczeń zdrowotnych co najmniej 2 razy w tygodniu – 5 pkt
- b) Zaoferowanie udzielania świadczeń zdrowotnych mniej niż 2 razy w tygodniu – 0 pkt

### Kryterium V Ciągłość – 5%

Ocena punktowa oferty dokonana zostanie zgodnie z poniższym:

- a) W dniu złożenia oferty **realizuje** dla Poradni usługi na podstawie umowy – 5 pkt
  - b) W dniu złożenia oferty **nie realizuje** usług dla Poradni – 0 pkt
4. Komisja konkursowa może prowadzić bezpośrednie negocjacje z oferentem w zakresie warunków złożonej oferty.
5. Ceny określone w umowie zawartej w wyniku rozstrzygnięcia konkursu są niezienne przez cały okres jej trwania.

## X TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

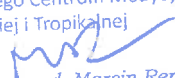
1. Oferent jest związany ofertą przez okres 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert na zasadach określonych w Regulaminie udzielania zamówienia na świadczenia zdrowotne UCMMiT.



- Oferentowi przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w Regulaminie udzielania zamówienia na świadczenia zdrowotne w UCMMiT.

#### XI TERMIN ROZSTRZYGNĘCIA KONKURSU OFERT:

- Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie związania ofertą.
- Wyniki konkursu ofert zostaną ogłoszone na stronie internetowej UCMMiT [www.ucmmit.gdynia.pl](http://www.ucmmit.gdynia.pl), w zakładce BIP i tablicy ogłoszeń w siedzibie UCMMiT, a także przesłane drogą elektroniczną lub listową wszystkim oferentom.

DYREKTOR  
Uniwersyteckiego Centrum Medycyny  
Morskiej i Tropikalnej  
  
prof. dr hab. n. med. Marcin Renke

.....  
*podpis Dyrektora*





*Załącznik nr 1*

**I. Dane Identyfikacyjne Oferenta**

Nazwa oferenta <i>(w brzmieniu podanym w CEIDG)</i>		
Nr PESEL		
Nr PWZ		
Nr REGON		
Nr NIP		
Nr księgi rejestrowej RPWDL		
Data wpisu do CEIDG		
Nr KRS <i>(jeśli dotyczy)</i>		
Adres pod jakim prowadzona jest działalność	Województwo	
	Powiat	
	Miejscowość	
	Gmina	
	Ulica, nr lokalu	
	Kod pocztowy - poczta	
Nr telefonu kontaktowego		
Adres e-mail		
Nr konta bankowego		

.....  
*data*

.....  
*pieczęć i podpis Oferenta*



## II. Oferta cenowa i organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych

Lp.	Zakres porad/badań	Deklarowana miesięczna liczba punktów/ badań/godzin	Cena (brutto) za 1 punkt//badanie/ godzinę	Całkowita wartość zamówienia w okresie obowiązywania umowy
1	Udzielanie porad specjalistycznych z zakresu chorób endokrynologicznych w Poradni Endokrynologicznej			
2	Wykonywanie badań USG tarczycy pacjentom Poradni Endokrynologicznej			
3	Wykonywanie badań USG tarczycy do BAC pacjentom Poradni Endokrynologicznej			
4	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinice Chorób Zawodowych i Wewnętrznych/Izbie Przyjęć w podstawowej i dyżurowej ordynacji lekarskiej			
5				
6				
<b>RAZEM</b>				
<b>POZOSTAŁE KRYTERIA</b>				
<b>Jakość tak/nie*</b>		<b>Kompleksowość tak/nie*</b>	<b>Dostępność tak/nie*</b>	<b>Ciągłość tak/nie*</b>
<b>HARMONOGRAM PRACY</b>				
<b>Wykaz dni i godzin, w które lekarz będzie udzielał świadczeń zdrowotnych</b>				
<b>Poniedziałek</b>	<b>Wtorek</b>	<b>Środa</b>	<b>Czwartek</b>	<b>Piątek</b>
<b>Razem godzin w tygodniu</b>				





**III. Wykaz pracowników i kwalifikacje personelu medycznego, który będzie udzielał świadczeń zdrowotnych**

Lp	Imię i nazwisko osób udzielających świadczeń zdrowotnych	Kwalifikacje zawodowe	Doświadczenie zawodowe w zakresie chorób endokrynologicznych
	Nazwisko rodowe: ..... Imiona rodziców: .....		
	Nazwisko rodowe: ..... Imiona rodziców: .....		

**Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych .....**

**IV Oświadczenie oferenta.**

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia i ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowanych na rzecz pacjentów Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Jestem uprawniony/a do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - tekst jednolity z dnia 07 kwietnia 2023 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 991) i pozostałych przepisach, w szczególności jestem / będę gotowy/a, w przypadku wyboru mojej oferty\*, zarejestrowany/a we właściwym rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie świadczeń zdrowotnych zgodnych ze składaną ofertą.
3. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie lub dysponuję odpowiednim potencjałem kadrowym do wykonania niniejszego zamówienia.
4. Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z aktualnym stanem prawnym.
5. Nie ciąży na mnie orzeczenie sądów powszechnych, ani zawodowych sądów lekarskich, które uniemożliwiłoby mi realizację zamówienia i nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie przygotowawcze, którego wynik mógłby uniemożliwić mi realizację niniejszego zamówienia na świadczenia zdrowotne.



6. Uważam się za związanego/ą niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
7. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności / będę gotowy/a do niezwłocznego zawarcia umowy ubezpieczeniowej OC w przypadku wyboru mojej oferty\*.
8. Przyjmuję do wiadomości, że liczba wykonywanych porad/badań jest szacunkowa, uzależniona wyłącznie od potrzeb Udzielającego zamówienie. Udzielający zamówienie dopuszcza zwiększenie liczby porad/badań oraz wartości umowy o 25 % w sytuacjach wynikających wyłącznie z zapotrzebowania Udzielającego zamówienie.
9. Nie posiadam przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych.
10. Zapoznałem/am się z treścią Klauzuli informacyjnej Administratora danych, będącą załącznikiem nr 1 do Umowy.
11. Zobowiązuję się, w przypadku wybrania przedstawionej oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienie.

\* - zaznaczyć właściwe

.....  
( podpis i pieczętka osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

#### Załączniki do oferty

1. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe Oferenta ( dyplom ukończenia studiów medycznych, dyplom specjalizacyjny, certyfikaty, zaświadczenia )
2. Prawo wykonywania zawodu
3. Polisa OC
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy



*Załącznik nr 2*

**UMOWA nr UC/...../2023**  
**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
zawarta w dniu ..... 2023 r. w Gdyni  
w trybie art. 26 ust. 1-4 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.  
tekst jednolity z dnia 07 kwietnia 2023 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 991)  
pomiędzy

**Uniwersyteckim Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej** z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 9b, 81-519 Gdynia, zarejestrowanym w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego pod nr: KRS 0000174213 przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy KRS, oraz wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Pomorskiego pod nr księgi 000000019388, NIP 5862111467, REGON 192953946, BDO 000152473 reprezentowanym przez **Prof. dr hab. n. med. Marcina Renke - Dyrektora** zwanym w treści umowy „**UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIA**” LUB „**UCMMiT**”

a

..... - **specjalistą** .....  
posiadającym/ą prawo wykonywania zawodu lekarza nr ..... wydane  
przez ..... w ....., wpisanym/ą  
przez ..... w ..... do rejestru  
podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem księgi rejestrowej  
....., prowadzącym/ą działalność gospodarczą pod nazwą  
.....  
wpisanym/ą do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, Adres do  
korespondencji, .....,  
NIP ....., REGON ..... zwanym/ą w treści umowy  
„**PRZYJMĄCYM ZAMÓWIENIE**”.

**Przedmiot zamówienia**

**§ 1**

1. Udzielający Zamówienia zleca, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do odpłatnego udzielania świadczeń lekarskich **na rzecz pacjentów UCMMiT**:
  - 1) **porad specjalistycznych z zakresu chorób endokrynologicznych w Poradni Endokrynologicznej**
  - 2) **wykonywanie badań USG tarczycy pacjentom Poradni Endokrynologicznej**
  - 3) **wykonywanie badań USG tarczycy do BAC pacjentom Poradni Endokrynologicznej**
  - 4) **w Klinice Chorób Zawodowych i Wewnętrznych/Izbie Przyjęć w podstawowej i dyżurowej ordynacji lekarskiej**

2. Świadczenia zdrowotne w zakresie endokrynologii/choroby wewnętrzne udzielane będą w (dzień tygodnia przedział godzinowy) ..... wg szczegółowego harmonogramu sporządzonego przez Udzielającego zamówienie w uzgodnieniu z Przyjmującym Zamówienie.
3. Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie wartości umowy **do 25%** w sytuacjach wynikających wyłącznie z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.
4. Świadczenia zdrowotne udzielane będą przez co najmniej jedną osobę.  
\* - zgodnie ze złożoną ofertą

### **Postanowienia wstępne**

#### **§ 2**

1. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że:
  - 1) znane mu są przepisy o ochronie danych osobowych i zobowiązuje się do ich przestrzegania, a w szczególności do ochrony danych pracowników i pacjentów UCMMiT, w tym danych osobowych wrażliwych m.in. dotyczących stanu zdrowia,
  - 2) zna przepisy oraz zasady bezpieczeństwa i higieny, ppoż., obowiązujące przy wykonywaniu czynności wynikających z zamówienia i oświadcza, że będzie ich przestrzegał, a także oświadcza, że stan jego zdrowia pozwala na udzielanie świadczeń zdrowotnych,
  - 3) zna ryzyko zawodowe, które wiąże się z wykonywanym zamówieniem oraz zna zasady ochrony przed zagrożeniami,
  - 4) zna Kodeks Etyki Pracowników UCMMiT, procedury akredytacyjne, ISO (w tym proces PR 4) oraz inne obowiązujące akty wewnętrzne UCMMiT i zobowiązuje się do ich przestrzegania - dokumenty dostępne są w Intranecie, do którego Przyjmujący Zamówienie ma dostęp,
  - 5) nie ciąży na nim orzeczenie sądów powszechnych, ani zawodowych sądów lekarskich, które uniemożliwiłoby mu wykonywanie niniejszej umowy, a w chwili zawierania umowy, zgodnie z posiadaną przez niego wiedzą, nie toczy się przeciwko niemu żadne postępowanie przygotowawcze, którego wynik mógłby uniemożliwić mu wykonywanie niniejszej umowy w przyszłości.
2. Udzielający zamówienie zobowiązuje się do bieżącej aktualizacji przepisów i procedur, o których mowa w ust. 1 poprzez publikacje w Intranecie Szpitala, a Przyjmujący Zamówienie będzie o nich informowany na zasadach stosowanych do wszystkich pracowników Szpitala.

#### **§ 3**

1. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek posiadania aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania zadań określonych umową oraz orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych.
2. Koszty badań o których mowa w ust. 1, Przyjmujący Zamówienie pokrywa we własnym zakresie.



3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przedkładania Udzielającemu Zamówienie kserokopii aktualnych dokumentów, o których mowa w ust. 1 przez cały okres obowiązywania umowy.

#### **§ 4**

1. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek posiadania umowy ubezpieczeniowej, o której mowa w art. 25 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej. Kserokopie potwierdzenia zawarcia umów (polis) na cały okres, na który została zawarta umowa stanowią załączniki do niniejszej umowy.
2. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w ust.1 zawarta została na okres krótszy niż niniejsza umowa, Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do przedłożenia kserokopii potwierdzenia zawarcia nowej umowy ubezpieczeniowej w terminie 5 dni roboczych przed zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z dotychczas obowiązującej umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku nieudokumentowania przez Przyjmującego zamówienie, w terminie 10 dni od dnia zakończenia dotychczasowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o której mowa ust. 1 zawarcia przez niego kolejnej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, Udzielający Zamówienia może rozwiązać niniejszą umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia.

#### **Sposób wykonywania świadczeń**

#### **§ 5**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się wykonywać przedmiot umowy ze szczególną starannością, przy wykorzystaniu obowiązującej wiedzy i standardów medycznych oraz zgodnie z procedurami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia.
2. W razie wystąpienia wątpliwości diagnostycznych lub/i terapeutycznych Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do zasięgnięcia opinii/konsultacji lekarzy innych specjalności zatrudnionych przez Udzielającego Zamówienia.
3. Przyjmujący Zamówienie nie może w trakcie wykonywania niniejszej umowy udzielać jakichkolwiek świadczeń na terenie Udzielającego Zamówienia na rzecz innych podmiotów i osób niebędących pacjentami Udzielającego Zamówienia.
4. Przyjmujący Zamówienie nie ma prawa pobierania na swoją rzecz od pacjentów żadnych opłat za świadczenia zdrowotne wykonywane w ramach niniejszej umowy.
5. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się nie wykonywać teoretycznych zadań dydaktycznych w czasie realizacji świadczeń wynikających z niniejszej umowy, może natomiast wykonywać ćwiczenia praktyczne ze studentami/praktykantami, o ile wiążą się one z zakresem realizowanych świadczeń, za które otrzyma wynagrodzenie wynikające z niniejszej umowy.
6. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność względem osób trzecich za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem niniejszej umowy solidarnie z Udzielającym Zamówienia, z tym zastrzeżeniem, że Udzielającemu Zamówienia przysługiwać będzie roszczenie o zwrot poniesionych kosztów od Przyjmującego Zamówienie w przypadku gdy wyłączna odpowiedzialność za szkodę spoczywa na Przyjmującym Zamówienie.
7. Ponadto Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:



- 1) rzetelnego i dbałego prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów Udzielającego Zamówienia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami określonymi przez Udzielającego Zamówienia,
- 2) właściwej kwalifikacji i rejestracji udzielonych przez siebie świadczeń zdrowotnych zgodnie z procedurami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia,
- 3) racjonalizacji kosztów związanych z procedurami medycznymi,
- 4) prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz według zasad obowiązujących u Udzielającego Zamówienia,
- 5) poddania się kontroli Udzielającego Zamówienia oraz uprawnionych instytucji i organów kontroli, w tym Narodowego Funduszu Zdrowia, w szczególności w zakresie jakości udzielanych świadczeń i prowadzonej dokumentacji medycznej, właściwego wykorzystywania udostępnionego majątku przez Udzielającego Zamówienia, w tym systemów informatycznych oraz przestrzegania wszystkich postanowień niniejszej umowy,
- 6) odpowiedzi w terminie 5 dni kalendarzowych na wszelkie skargi, zarzuty, bądź zażalenia dotyczące prawidłowości wykonywanych świadczeń przez Przyjmującego Zamówienie w postaci pisemnych wyjaśnień,
- 7) podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
- 8) przestrzegania zasad wynikających z wdrożonego i obowiązującego u Udzielającego Zamówienia Zintegrowanego Systemu Zarządzania i Kontroli Zarządczej, które podlegają okresowym ocenom na zasadach określonych, w tych systemach (dokumenty dostępne są w Intranecie UCMMiT, do którego Przyjmujący Zamówienie ma dostęp),
- 9) stosowania przepisów BHP, PPOŻ oraz zasad ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z ryzyka zawodowego i innych przepisów szczególnych obowiązujących u Udzielającego Zamówienia,
- 10) noszenia w widocznym miejscu osobistego identyfikatora zawierającego imię i nazwisko oraz funkcję,
- 11) zapewnienia i utrzymania w należyтым stanie, we własnym zakresie, odzieży ochronnej i roboczej oraz obuwia roboczego spełniającego wymogi Polskich Norm oraz wykonywania w nich świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.

## § 6

### 1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest także do:

- 1) przestrzegania przepisów określających prawa pacjenta,
- 2) przestrzegania zasad przetwarzania danych osobowych, wynikających z RODO (Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz wewnętrznych procedur obowiązujących w UCMMiT w zakresie ochrony danych osobowych,



- 3) udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz w trybie ustalonym przez Udzielającego Zamówienia, a w szczególności do nie wnoszenia dokumentacji medycznej poza teren Szpitala,
  - 4) zachowania tajemnicy i poufności w zakresie wszelkich informacji chronionych przez UCMMiT uzyskanych przy wykonywaniu niniejszej umowy,
  - 5) nie udostępniania osobom trzecim kluczy, PIN i innych haseł przydzielonych przez Udzielającego Zamówienia do indywidualnego wykorzystania przez Przyjmującego Zamówienie w celu realizacji niniejszej umowy,
  - 6) utrzymania w tajemnicy i nie ujawniania, nie publikowania, nie przekazywania i nie udostępniania w żaden inny sposób osobom trzecim, jakichkolwiek danych o przedsiębiorstwach, transakcjach i klientach UCMMiT, jak również: oferowanych cen, stosowanych marż, posiadanych upustów lub warunków handlowych, informacji i danych stanowiących tajemnicę Stron w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2022 r. poz. 1233) i wszelkich danych osobowych, do których uzyskam dostęp w związku z realizacją usług świadczeń zdrowotnych określonych umową oraz innych informacji prawnie chronionych.
2. Treść informacji stanowiącej realizację obowiązku informacyjnego Administratora Danych stanowi dokument „Obowiązek informacyjny Administratora Danych”, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej Umowy.

#### § 7

1. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany wykorzystywać pomieszczenia, sprzęt medyczny w Poradni wyłącznie do celów związanych z realizacją niniejszej umowy, z zachowaniem obowiązujących zasad ich używania.
2. Udzielający Zamówienia jest zobowiązany zapewnić odpowiedni stan sanitarny i techniczny pomieszczeń, urządzeń i instrumentów, wykorzystywanych przy wykonywaniu świadczeń.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do dbałości o użytkowany sprzęt i aparaturę Udzielającego Zamówienia i ponosi odpowiedzialność za ich uszkodzenie bądź utratę, jeśli używa ich w sposób sprzeczny z właściwościami lub przeznaczeniem, bądź jeśli nie dołożył starań dla ich należytego zabezpieczenia przed kradzieżą lub uszkodzeniem.
4. Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za szkody powstałe w mieniu Udzielającego Zamówienia spowodowane winą umyślną, jak i rażącym niedbalstwem Przyjmującego Zamówienie.
5. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo, w przypadku uszkodzenia lub zniszczenia aparatury lub sprzętu medycznego z winy Przyjmującego Zamówienie, do obciążenia go – na zasadach wskazanych w ust. 4 - kosztami naprawy lub zakupu nowego sprzętu lub aparatury. Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę na potrącenie kwoty kosztów z należnych mu należności.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest bezzwłocznie informować Udzielającego Zamówienia o wszelkich nieprawidłowościach w używanym sprzęcie.
7. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do niewprowadzania do systemów informatycznych Udzielającego Zamówienia oprogramowania i instalacji nielegalnych oraz aplikacji i systemów legalnych innych niż używane przez Udzielającego Zamówienia bez jego zgody, a także dokonywać napraw i przeróbek urządzeń informatycznych i innych.

8. Przyjmujący Zamówienie nie może udostępniać ani zezwalać na używanie pomieszczeń, sprzętu medycznego i aparatury osobom trzecim, bez pisemnej zgody Udzielającego Zamówienia.
9. Udzielający Zamówienia zapewnia leki oraz medyczne środki techniczne niezbędne do wykonywania przedmiotu umowy. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do ekonomicznego i oszczędnego gospodarowania udostępnionymi lekami i medycznymi środkami technicznymi.
10. Udzielający Zamówienia zapewni Przyjmującemu zamówienie współpracę odpowiedniego personelu medycznego przy wykonywaniu Świadczeń.
11. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest stosować się do receptariusza szpitalnego obowiązującego u Udzielającego Zamówienia.
12. Przyjmujący Zamówienie ponosi odpowiedzialność za rażące narażenie Udzielającego Zamówienia na zbędne i nieuzasadnione medycznie wydatki na leki, medyczne środki techniczne oraz wykonane badania diagnostyczne, medyczne i rehabilitacyjne.

### § 8

Przyjmujący Zamówienie jest uprawniony i zobowiązany do współdziałania i współpracy ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi oraz pracownikami i współpracownikami Udzielającego Zamówienia oraz kontroli wydanych poleceń w celu zapewnienia pacjentom prawidłowego diagnozowania i orzekania o stanie zdrowia i w tym zakresie sprawuje kontrolę merytoryczną i organizacyjną.

### § 9

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do wykonywania przedmiotu umowy osobiście z zastrzeżeniem, iż w razie choroby lub zaistnienia losowego przypadku uniemożliwiającego Przyjmującemu Zamówienie udzielanie świadczeń zdrowotnych w czasie wyznaczonym w harmonogramie zobowiązany jest on do zapewnienia zastępstwa na czas swojej nieobecności spośród osób posiadających umowę zawartą z Udzielającym Zamówienia z wyłączeniem sytuacji, gdy natychmiastowe zapewnienie zastępstwa uniemożliwia zdarzenie nagłe potwierdzone odpowiednim dokumentem.
2. W uzasadnionych przypadkach Przyjmujący Zamówienie - po uzyskaniu uprzedniej pisemnej akceptacji Udzielającego Zamówienia pod rygorem nieważności - może powierzyć obowiązki wynikające z niniejszej umowy osobie nieposiadającej zawartej umowy z Udzielającym Zamówienia. W takiej sytuacji Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za udzielanie świadczeń zdrowotnych przez taką osobę.
3. Osoba, o której mowa w ust. 2 powinna posiadać nie mniejsze kwalifikacje niż Przyjmujący Zamówienie oraz spełniać wszystkie wymagania, które wynikają z niniejszej umowy dla Przyjmującego Zamówienie.
4. Koszty zastępstwa, o którym mowa w ust. 2 ponosi Przyjmujący Zamówienie.

### § 10

1. Przyjmującemu Zamówienie przysługuje w roku kalendarzowym 10 dni wskazanych przez siebie nieodpłatnej przerwy w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych określonych niniejszą umową. Strony dopuszczają możliwość realizacji powyższego uprawnienia jednorazowo lub w kilku częściach. Za akceptacją Kierownika Przychodni i Lekarza





Kierującego Kliniką Chorób Zawodowych i Wewnętrznych oraz zgodą Dyrektora UCMMiT, dopuszcza się możliwość wydłużenia nieodpłatnej przerwy.

2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do uzgodnienia z Kierownikiem Przychodni i Lekarzem Kierującym Kliniką Chorób Zawodowych i Wewnętrznych, z co najmniej miesięcznym wyprzedzeniem, przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych mając na uwadze konieczność zapewnienia nieprzerwanej pracy w Poradni Chorób Endokrynologicznej i Klinice Chorób Zawodowych i Wewnętrznych.

### Należność za przedmiot umowy

#### § 11

1. Za świadczone usługi określone niniejszą umową Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał wynagrodzenie:
  - 1) ..... zł za 1 punkt udzielonych świadczeń z zakresu chorób endokrynologicznych w Poradni Endokrynologicznej w ramach świadczeń zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia
  - 2) ..... zł za 1 badanie USG tarczycy pacjenta Poradni Endokrynologicznej
  - 3) ..... zł za 1 badanie USG tarczycy do BAC pacjenta Poradni Endokrynologicznej
  - 4) ..... zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Klinice Chorób Zawodowych i Wewnętrznych / Izbie Przyjęć w podstawowej i dyżurowej ordynacji lekarskiej \*
2. Zapłata należności następować będzie w terminach miesięcznych, na podstawie faktury wystawionej przez Przyjmującego Zamówienie wraz z liczbą godzin przeznaczonych na realizację przedmiotu niniejszej umowy.
3. Zgodność faktury z faktycznym rodzajem świadczeń zdrowotnych oraz liczbą godzin przeznaczonych na realizację przedmiotu umowy potwierdza Kierownik Przychodni oraz Lekarz Kierujący Kliniką Chorób Zawodowych i Wewnętrznych.
4. Fakturę za miesiąc, za który ma zostać wypłacone wynagrodzenie Przyjmujący Zamówienie składa w terminie do 10 dnia następnego miesiąca do Działu Kadr i Organizacji.
5. Zapłata należności nastąpi w terminie do 14 dni od daty poprawnie złożonej zaakceptowanej faktury, w formie o której mowa w ust. 3 na wskazane przez Przyjmującego Zamówienie konto.
6. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że czynności wynikające z niniejszej umowy wykonuje w ramach prowadzonej na własny rachunek działalności gospodarczej i reguluje we własnym zakresie zobowiązania publicznoprawne.
7. Czynności prawnej mającej na celu zmianę wierzyciela, w tym cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy na osobę trzecią, Przyjmujący Zamówienie nie może dokonać bez zgody Udzielającego Zamówienia oraz podmiotu tworzącego Udzielającego Zamówienia.

\* - zgodnie ze złożoną ofertą

#### § 12

1. Umowa zostaje zawarta od dnia **16.08.2023 roku** do dnia **31.12.2024 roku**.



2. Umowa ulega rozwiązaniu:

- 1) z upływem czasu, na który została zawarta,
- 2) wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, z zastrzeżeniem ust 3,
- 3) wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku, gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy, a w szczególności:
  - a) bezzasadnej odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego,
  - b) nieprowadzenia obowiązującej dokumentacji,
  - c) odmowy współdziałania z Udzielającym Zamówienia w przypadkach, gdy jest do tego zobowiązany na podstawie umowy, bądź też jest to konieczne dla prawidłowego funkcjonowania oraz zapewnienia ciągłości i należytej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez Udzielającego Zamówienia lub wywiązywania się przez niego ze zobowiązań wobec Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych podmiotów, w tym nie wywiązywania się z obowiązku poddania się kontroli przez Udzielającego Zamówienia,
  - d) nieprzestrzegania obowiązujących przepisów prawnych i procedur powszechnie obowiązujących i wewnątrzzakładowych obowiązujących u Udzielającego Zamówienia, a związanych z przedmiotem umowy,
  - e) wskutek utraty przez Przyjmującego Zamówienie uprawnień koniecznych do realizacji świadczeń zdrowotnych,
  - f) nieudokumentowania przez Przyjmującego Zamówienie posiadania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, w zakresie przedmiotu umowy w czasie trwania umowy,
  - g) nieudokumentowania przez Przyjmującego Zamówienie posiadania aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania zadań określonych niniejszą umową,
  - h) gdy oświadczenia i dane przekazane Udzielającemu Zamówienia okażą się nieprawdziwe,
  - i) nieprzestrzegania przepisów BHP, ppoż. i innych przepisów szczególnych obowiązujących u Udzielającego Zamówienia,
  - j) gdy Przyjmujący Zamówienie przeniósł prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy na osobę trzecią bez zgody Udzielającego Zamówienia.
- 4) W przypadku zmian zasad kontraktowania i warunków finansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia w sposób odbiegający od obowiązujących w dniu podpisania umowy z przyczyn nie leżących po stronie Udzielającego Zamówienia, Udzielający Zamówienia wezwie Przyjmującego Zamówienie do renegotjacji wynagrodzenia określonego w §11, na co Przyjmujący Zamówienie wyraża zgodę. Renegocjacje te odbywać się będą w ramach i na podstawie zmian warunków finansowych umowy pomiędzy Udzielającym Zamówienia i NFZ. Brak porozumienia w powyższym zakresie w terminie 14 dni powoduje rozwiązanie niniejszej umowy z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.



### § 13

1. Weryfikacja świadczeń dokonana przez Narodowy Fundusz Zdrowia stanowić będzie podstawę do odpowiedniego obniżenia wynagrodzenia należnego Przyjmującemu Zamówienie, jeżeli wynika ona z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie, z wynagrodzenia przysługującego Przyjmującemu Zamówienie w najbliższym miesiącu po weryfikacji świadczeń zdrowotnych.
2. Przyjmujący Zamówienie upoważnia niniejszym Udzielającego Zmówienia do dokonywania potrąceń z należnego mu wynagrodzenia kwot wynikających z ust. 1.

### § 14

1. Udzielający Zamówienia może naliczyć Przyjmującemu Zamówienie kary umowne w wysokości nałożonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na Udzielającego Zamówienia z tytułu wadliwej realizacji kontraktu przez Przyjmującego Zamówienie. Przed udzieleniem kary umownej Udzielający Zamówienia zobowiązuje się do przeprowadzenia audytu wewnętrznego oceniającego stan faktyczny i ustalenia poziomu odpowiedzialności Przyjmującego Zamówienie. Przyjmujący Zamówienie ma prawo odwołać się od wyniku audytu do Dyrektora UCMMiT.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się zapłacić karę umowną do pełnej wysokości kary finansowej nałożonej przez podmiot trzeci i uiszczonej przez Udzielającego Zamówienia za niewłaściwą kwalifikację udzielonych przez Przyjmującego Zamówienie świadczeń zdrowotnych.
3. Przyjmujący Zamówienie zapłaci karę umowną, gdy w wyniku jego działania nastąpi trwale zniszczenie lub trwała utrata pełnej oryginalnej dokumentacji medycznej – 1000,00 zł za każdy pełny dokument (historia choroby pacjenta). Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przewyższającego wysokość kary umownej do wysokości rzeczywiście poniesionej straty.
4. Przyjmujący Zamówienie zapłaci udzielającemu zamówienie karę umowną w wysokości 1000,00 zł za każdą nieuzasadnioną odmowę lub każdorazowe nieuzasadnione nieprzystąpienie w terminie umówionym do wykonywania umowy. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego – do wysokości rzeczywiście poniesionej straty.
5. Udzielający Zamówienia ma prawo a Przyjmujący Zamówienie wyraża na to zgodę, by kary umowne potrącać z bieżących należności Przyjmującego Zamówienie, do wysokości 50-ciu % bieżących należności, a w przypadku gdy będzie większa, to do jej potrącenia wg tych samych zasad, aż do całkowitej jej spłaty.
6. Zapłata kar następuje na pisemne wezwanie Udzielającego Zamówienia w terminie 10 dni od doręczenia wezwania lub poprzez potrącenie bieżących wypłat za uprzednim poinformowaniem Przyjmującego Zamówienie.

### § 15

Adres Przyjmującego Zamówienie podany w niniejszej umowie jest adresem dla wszelkiej korespondencji. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do informowania Udzielającego Zamówienia o każdej zmianie adresu pod rygorem uznania, że korespondencja wysłana na ostatni adres została skutecznie doręczona.



### **§ 16**

Zakazuje się dokonywania zmian zawartej umowy oraz wprowadzania nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla Udzielającego Zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Przyjmującego Zamówienie, chyba, że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy albo okoliczności, które wskazano w umowie.

### **§ 17**

Wszelkie zmiany do umowy, jej rozwiązanie przez wypowiedzenie lub bez zachowania okresu wypowiedzenia wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

### **§ 18**

W sprawach nieuregulowanych postanowieniami niniejszej umowy mają zastosowanie przepisy ustawy o działalności leczniczej wraz z przepisami wykonawczymi, przepisy Kodeksu Cywilnego, a także inne przepisy dotyczące przedmiotu niniejszej umowy.

### **§ 19**

1. Ewentualne spory wynikłe w związku z realizacją niniejszej umowy strony zobowiązują się rozstrzygać, w pierwszej kolejności polubownie, a w przypadku niemożności osiągnięcia porozumienia, do ich rozstrzygnięcia poprzez sąd właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienia.
2. Strony zobowiązują się informować niezwłocznie drugą stronę o wszelkich zdarzeniach, które mogą rodzić jakąkolwiek odpowiedzialność, w tym odszkodowawczą, bądź umowną, a zwłaszcza o doręczonych pozwach i zamiarze pozwania drugiej strony. Powiadomienie winno nastąpić w pierwszej kolejności pisemnie lub za pomocą e-mail. W razie braku takiej możliwości powiadomienie może nastąpić telefonicznie, jednak po ustąpieniu przeszkody winno nastąpić na piśmie z zaznaczeniem, kiedy i komu przekazano sprawę telefonicznie.

### **§ 20**

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

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**



*Załącznik nr 1 do umowy*

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA KONTRAHENTÓW  
UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM MEDYCYNY MORSKIEJ I TROPIKALNEJ**

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej „RODO”, informujemy, że:

**Administrator danych**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 9b, 81-519 Gdynia, Tel.:58 699 85 06, adres e-mail: [dyrekcja@ucmmit.gdynia.pl](mailto:dyrekcja@ucmmit.gdynia.pl).

**Inspektor ochrony danych**

We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, ma Pani/Pan prawo kontaktować się z naszym Inspektorem ochrony danych, na adres e-mail: [dane\\_osobowe@ucmmit.gdynia.pl](mailto:dane_osobowe@ucmmit.gdynia.pl);

**Cele przetwarzania i podstawa przetwarzania danych**

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są przez UCMMiT na potrzeby (i na podstawie prawnej):

- a) zawarcia lub realizacji zawartej z Panią/Panem umowy (podstawa z art. 6 ust 1 lit. b RODO),
- b) podejmowania działań (takich jak np. ustalenie, dochodzenie lub obrona przed roszczeniami), których skuteczne podjęcie wymaga wykorzystania danych przedstawiciela podmiotu trzeciego, na podstawie naszego prawnie uzasadnionego interesu (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO),
- c) w celu zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony mienia, na podstawie naszego prawnie uzasadnionego interesu (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO).

**Obowiązek podania danych**

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, w związku z czym ich podanie jest obowiązkowe.

**Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane pozyskane w związku z zawieraną umową, będą przechowywane przez okres nie dłuższy, niż 6 lat od zakończenia umowy. W przypadku roszczeń, dla okresu przedawnienia zastosowanie znajdą ogólne przepisy wynikające z Kodeksu cywilnego.



### **Odbiorcy danych**

Pani/Pana dane mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

- a) podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa;
- b) podmiotom współpracującym z UCMMiT, z którymi Administrator zawarł umowy lub porozumienia, jak:
  - a. dostawcy usług teleinformatycznych i księgowych,
  - b. obsługa prawna i doradcza,
  - c. firmom realizującym usługi związane z utylizacją dokumentacji i innych nośników zawierających dane osobowe.

### **Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG)**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych.

### **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**

W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

### **Prawa osób**

Posiada Pani/Pan prawo do:

- a) dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, żądania od Administratora usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- b) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl ), gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy RODO.