



**Szczegółowe warunki konkursu ofert  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w  
Uniwersyteckim Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej  
w okresie od 01.05.2025 r. do 31.12.2026 r.**

**I. Oglaszający 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 tj. z dnia 10 kwietnia 2024 r. (Dz.U. z 2024 r. poz. 799).

**III. Przedmiot konkursu:** CPV: 85100000-0 Usługi Ochrony Zdrowia, 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne, 851211100-4 Ogólne usługi lekarskie.

Pakiet Dziedzina/ tytuł zawodowy/okres	Przedmiot zamówienia/Zakres/Ilość badań/konsultacji	Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych
1	2	3
<b>Pakiet nr 1</b> Endokrynologia- lekarz –specjalista endokrynologii 01.05.2025-31.12.2026	Świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę endokrynologa, w ramach kontraktu z NFZ – porady specjalistyczne w Poradni – 152 000 punktów	Poradnia Endokrynologiczna

**IV. Przyjmujący zamówienia akceptuje zwiększenie umowy do 25% wartości** wskazanych w kol. 2 tabeli w pkt III, w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

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.

**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 Dz.U. z 2024 r. poz. 799 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 i spełniają warunki wskazane w art. 18 / art.19 w/w ustawy,
  - 2) posiadają tytuł zawodowy określony w tabeli w pkt III, kol. I
  - 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) nie figurują w Krajowym Rejestrze Karnym w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189 a i art. 207 Kodeksu karnego oraz ustawie z dnia 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii ( t.j Dz. U. z 2023 r. poz.1939 z późn. zm. ) lub

za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,

- 6) nie figurują w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym ( RSPTS ),
  - 7) są uprawnieni / będą gotowi, w przypadku wyboru ich oferty, do występowania w obrocie prawnym zgodnie z aktualnym stanem prawnym,
  - 8) posiadają aktualną polisę ubezpieczeniową OC / będą gotowi do niezwłocznego zawarcia umowy ubezpieczeniowej OC, w przypadku wyboru ich oferty,
  - 9) 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. Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość złożenia oferty częściowej.
4. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponoszą oferenci.
5. 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.
6. Cena musi być podana w złotych polskich.
7. W charakterze załączników do oferty Oferent przedkłada oryginały lub potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie odpowiednich dokumentów.
8. 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.
9. 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.
10. Ofertę - wraz ze wszystkimi załącznikami - należy umieścić w zamkniętej kopercie, opatrzonej następującymi napisami:

**Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych w przedmiocie:** .....

(rodzaj świadczenia zdrowotnego )

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

11. 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 25.04.2025 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 **25.04.2025 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 dodatkowej specjalizacji ( oprócz wymaganej ) – 5 pkt
- b) Brak dodatkowej specjalizacji ( oprócz wymaganej ) — 0 pkt



### Kryterium III Kompleksowość – 5 %

Ocena punktowa oferty dokonana zostanie zgodnie z poniższym

- a) Zaoferowanie udzielanie świadczeń zdrowotnych powyżej 3 x tyg. lub powyżej 160 h– 5 pkt
- b) Zaoferowanie udzielanie świadczeń zdrowotnych poniżej 3 x tyg. lub poniżej 160 h– 0 pkt

### Kryterium IV Dostępność – 5 %

Ocena punktowa oferty dokonana zostanie zgodnie z poniższym

- a) Dopuszczalność zmiany harmonogramu czasu pracy - 5 pkt
- b) Brak dopuszczalności zmiany harmonogramu czasu pracy - 0 pkt

### Kryterium V Ciągłość – 5%

Ocena punktowa oferty dokonana zostanie zgodnie z poniższym:

- a) W dniu złożenia oferty **realizuje** dla UCMMiT usługi na podstawie umowy – 5 pkt
  - b) W dniu złożenia oferty **nie realizuje** usług dla UCMMiT– 0 pkt
- 4. W przypadku gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
  - 5. W toku postępowania komisja konkursowa może żądać od Oferenta ubiegającego się o zawarcie umowy złożenia wyjaśnień dotyczących treści oferty złożonej w niniejszym postępowaniu, w tym o wyjaśnienie poszczególnych kwestii z zakresu planowanego sposobu wykonywania usługi a Oferent zobowiązany jest takich wyjaśnień w wyznaczonym terminie udzielić
  - 6. Komisja w części niejawnej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:
    - 1) liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej;
    - 2) ceny za udzielane świadczenia zdrowotnego.
  - 7. W części niejawnej konkursu ofert komisja może:
    - 1) wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych dziale IX pkt 3
    - 2) nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

### 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.

### XI TERMIN ROZSTRZYGNIĘCIA KONKURSU OFERT I ZAWARCIE UMOWY

- 1. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie związania ofertą.



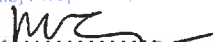
2. Wyniki konkursu ofert zostaną ogłoszone na stronie internetowej UCMMiT [www.ucmmiit.gdynia.pl](http://www.ucmmiit.gdynia.pl), w zakładce BIP i tablicy ogłoszeń w siedzibie UCMMiT, a także przesłane drogą elektroniczną lub listową wszystkim oferentom.
3. Podpisanie umowy nastąpi niezwłocznie po prawomocnym rozstrzygnięciu konkursu ofert.

## XII ŚRODKI ODWOŁAWCZE

1. Oferenci, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego Zamówienie zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
  - 1) wybór trybu postępowania;
  - 2) niedokonanie wyboru Przyjmującego Zamówienie;
  - 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany **protest** w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. 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.
5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej UCMMiT.
8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
9. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, **odwołanie** dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

DYREKTOR

Uniwersyteckiego Centrum Medycyny  
Morskiej i Tropikalnej

  
prof. dr hab. n. med. Marcin Kenke  
podpis Dyrektor



**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		

.....  
*data*

.....  
*pieczęć i podpis Oferenta*



## II. Oferta cenowa i organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych

Lp	Zakres świadczeń	Deklarowana miesięczna liczba punktów badań/porad/godzin	Cena (brutto) za 1 punkt//badanie/ poradę/godzinę	Całkowita wartość zamówienia w okresie obowiązania umowy
1				
2				
3				
4				
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 będą udzielane świadczenia zdrowotne</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

**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 Dz.U. z 2024 r. poz.799 ) 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. Przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej i zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przeze mnie i jest zgodny z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
4. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie lub dysponuję odpowiednim potencjałem kadrowym do wykonania niniejszego zamówienia.
5. Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z aktualnym stanem prawnym.
6. 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.
7. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuje się do niezwłocznego dostarczenia informacji z Krajowego Rejestru Karnego, w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV



Kodeksu karnego, w art. 189 a i art. 207 Kodeksu karnego oraz ustawie z dnia 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii ( t.j Dz. U. z 2023 r. poz.1939 z późn. zm. ) lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,

8. W przypadku wyboru mojej oferty uzupełnię niniejszy formularz o dane które są niezbędne do uzyskania przez Udzielającego Zamówienie informacji z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym ( RSPTS ).
9. Uważam się za związanego/ą niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
10. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności / będę gotowy/a do niezwłocznego zawarcia umowy ubezpieczeniowej OC w przypadku wyboru mojej oferty\*.
11. Przyjmuję do wiadomości, że liczba wykonywanych świadczeń jest szacunkowa, uzależniona wyłącznie od potrzeb Udzielającego zamówienie i akceptuje zwiększenie umowy **do 25% wartości** wskazanych tabeli w pkt III w kol. 2, w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
12. Nie posiadam przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych.
13. Zapoznałem/am się z treścią Klauzuli informacyjnej Administratora danych, będącą załącznikiem nr 1 do Umowy.
14. Zobowiązuję się, w przypadku wybrania przedstawionej oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienie.

\* - zaznaczyć właściwe

.....  
( Podpis i pieczęć 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

Nazwisko rodowe .....

Imiona rodziców .....

.....  
( Podpis Przyjmującego zamówienie )

**UMOWA nr UC/...../2024**  
**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

zawarta w dniu ..... r. w Gdyni  
w trybie art. 26 ust. 1-4 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.  
tekst jednolity tj. z dnia 10 kwietnia 2024 r. (Dz.U. z 2024 r. poz. 799)  
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

**lek. ....- specjalistą** ..... posiadającą prawo wykonywania zawodu lekarza nr ..... wydane przez Okręgową Izbę Lekarską w ....., wpisaną przez Okręgową Izbę Lekarską w ..... do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem księgi rejestrowej ....., prowadzącą działalność gospodarczą pod nazwą ....., wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, Adres do korespondencji..... **NIP** ....., **REGON** ....., zwaną w treści umowy „**PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE**”.

**Przedmiot zamówienia**

**§ 1**

1. Udzielający Zamówienia zleca, a Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do odpłatnego udzielania świadczeń lekarskich **z zakresu endokrynologii** w systemie **podstawowego** zabezpieczenia opieki medycznej, w ramach **świadczeń ambulatoryjnych**, zgodnie z potrzebami Udzielającego Zamówienie.
2. Podstawowym miejscem realizacji przedmiotu umowy jest .....
3. Świadczenia zdrowotne udzielane będą w ....., w **przedziale czasowym** .....według szczegółowego harmonogramu uzgodnionego z Udzielającym Zamówienie.
4. W uzasadnionych przypadkach strony za obopólną zgodą dopuszczają modyfikacje harmonogramu, o którym mowa w ust. 3.
5. W razie potrzeby, w szczególności w przypadku wystąpienia nagłych, nieprzewidzianych okoliczności (zdarzenia masowe, klęska żywiołowa, nagła nieobecność personelu



lekarskiego w Poradni/Klinice) Udzielający Zamówienia może wezwać Przyjmującego Zamówienie do udzielania świadczeń zdrowotnych w czasie nieprzewidzianym w harmonogramie.

6. Podstawowy zakresy zadań i organizacja pracy, w przypadku świadczeń stacjonarnych, została określona w załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
7. Świadczenia zdrowotne udzielane będą przez co najmniej jedną osobę.

### **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 art. 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) niezwłocznie po podpisaniu umowy zapozna się z Kodeksem Etyki Pracowników UCMMiT, procedurami akredytacyjnymi, ZSZJ oraz innymi obowiązującymi aktami wewnętrznymi UCMMiT i zobowiązuje się do ich przestrzegania – dokumenty dostępne są w Intranecie, do którego Przyjmujący Zamówienie otrzyma 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 zatrudnionych w Szpitalu.

#### **§ 3**

1. Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek posiadania aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania zadań określonych umową i orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych oraz innych certyfikatów i zaświadczeń wymaganych prawem.
2. Koszty badań, certyfikatów i zaświadczeń, 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 aktualnej 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 innych lekarzy 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 3 dni kalendarzowych na wszelkie skargi, zarzuty, bądź zażalenia dotyczące prawidłowości wykonywanych świadczeń przez Przyjmującego Zamówienie w postaci pisemnych wyjaśnień,
- 7) przestrzegania zasad wynikających z wdrożonego i obowiązującego u Udzielającego Zamówienia Zintegrowanego Systemu Zarządzania i Kontroli Zarządczej, w tym podlegania okresowym ocenom na zasadach określonych, w tych systemach (dokumenty dostępne są w Intranecie UCMMiT, do którego Przyjmujący Zamówienie ma dostęp),
- 8) stosowania przepisów BHP, PPOŻ oraz zasad ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z ryzyka zawodowego i innych przepisów szczególnych obowiązujących u Udzielającego Zamówienia,
- 9) noszenia w widocznym miejscu osobistego identyfikatora zawierającego imię i nazwisko oraz funkcję,
- 10) zapewnienia i utrzymania w należytym 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 sprzęt medyczny i pomieszczenia, w których udziela świadczeń zdrowotnych, 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 tego samego rodzaju, zawartą z Udzielającym Zamówienia, z wyłączeniem sytuacji, gdy natychmiastowe zapewnienie zastępstwa uniemożliwia zdarzenie nagłe potwierdzone odpowiednim dokumentem.
2. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie nie udzielał świadczeń zdrowotnych w Poradni, zgodnie z ustalonym z Udzielającym Zamówienia harmonogramem bądź nie jest on w stanie zapewnić zastępstwa w sytuacjach opisanych w ust.1, zobowiązany jest do zaproponowania dodatkowego terminu do realizacji świadczeń, które zostały odwołane.
3. 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 Zamówienie. W takiej sytuacji Przyjmujący Zamówienie ponosi pełną odpowiedzialność za udzielanie świadczeń zdrowotnych przez taką osobę.
4. Osoba, o której mowa w ust. 3 powinna posiadać nie mniejsze kwalifikacje niż Przyjmujący Zamówienie oraz spełniać wszystkie wymogi które wynikają z niniejszej umowy dla Przyjmującego Zamówienie.
5. Koszty zastępstwa, o którym mowa w ust 3 ponosi Przyjmujący Zamówienie.

**§ 10**

1. Przyjmującemu Zamówienie przysługuje w roku kalendarzowym, kolejnych **15** dni kalendarzowych w ciągu, wskazanych przez siebie nieodpłatnej przerwy w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych określonych niniejszą umową. Za zgodą Kierownik komórki organizacyjnej miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych i zgodą Dyrektora ds. leczenia UCMMiT, dopuszcza się możliwość wydłużenia nieodpłatnej przerwy bądź podzielenia przerwy na dwie części.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do uzgodnienia z Kierownikiem komórki organizacyjnej miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, z co najmniej miesięcznym wyprzedzeniem, przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych mając na uwadze konieczność zapewnienia nieprzerwanej pracy w komórce organizacyjnej. Zaakceptowany wniosek w tej sprawie winien być niezwłocznie dostarczony przez Kierownika komórki organizacyjnej miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych do Działu Rozliczeń Usług Medycznych i Controllingu.

**Należność za przedmiot umowy****§ 11**

1. Za świadczone usługi określone niniejszą umową Przyjmujący Zamówienie będzie otrzymywał wynagrodzenie: .....
2. Zapłata należności następować będzie w terminach miesięcznych, na podstawie faktury wystawionej przez Przyjmującego Zamówienie.
3. Fakturę za miesiąc, za który ma zostać wypłacone wynagrodzenie Przyjmujący Zamówienie składa w terminie do 10 dnia następnego miesiąca do pracownika Sekretariatu lub przesyła pocztą elektroniczną na adres: [faktura@ucmmiit.gdynia.pl](mailto:faktura@ucmmiit.gdynia.pl)
4. Zgodność faktury z faktycznym rodzajem świadczeń zdrowotnych/liczbą punktów/wizyt potwierdza Kierownik komórki organizacyjnej miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem świadczeń ambulatoryjnych rozliczanych z Narodowym Funduszem Zdrowia, które potwierdza Kierownik Działu Rozliczeń i Controllingu.
5. Kierownik zobowiązany jest do zatwierdzenia/odmowy zatwierdzenia faktury w ciągu dwóch dni i przekazania do Działu Kadr i Organizacji.
6. Zapłata należności nastąpi w terminie do 14 dni od daty zatwierdzenia faktury bądź upływu terminu do zatwierdzenia, na wskazane przez Przyjmującego Zamówienie konto.
7. 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.
8. 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.

**§ 12**

1. Umowa zostaje zawarta od dnia ..... roku do dnia **31.12.2026 roku**.
2. Umowa może zostać rozwiązana w każdym czasie w wyniku porozumienia stron oraz przez każdą ze stron z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, z zastrzeżeniem ustępu 3 i 5.



3. Udzielający Zamówienie może wypowiedzieć umowę w razie:
- 1) niewypełnianie warunków umowy przez Przyjmującego Zamówienie lub wadliwego ich wykonywania,
  - 2) nieuzasadnionej odmowy podjęcia udzielania świadczeń lub nieuzasadnionego nieprzystąpienia do udzielania świadczeń według harmonogramu lub na wezwanie Udzielającego Zamówienia,
  - 3) utratą finansowania świadczeń ze środków publicznych lub istotne ograniczenie tych środków uniemożliwiające zapewnienie finansowania umowy,
  - 4) negatywnej oceny merytorycznej udzielanych świadczeń,
  - 5) nieprawidłowo prowadzonej dokumentacji medycznej,
  - 6) naruszenia praw pacjenta oraz ochrony danych osobowych,
  - 7) nieprzestrzegania obowiązujących przepisów prawnych i procedur powszechnie obowiązujących i wewnątrzzakładowych obowiązujących u Udzielającego Zamówienia, a związanych z przedmiotem umowy,
  - 8) nieprzestrzegania przepisów BHP, ppoż. I innych przepisów szczególnych obowiązujących u Udzielającego Zamówienia,
  - 9) nieprzestrzeganie zasad współżycia społecznego,
  - 10) korzystanie z pomieszczeń, sprzętu do celów innych niż określonych umową,
  - 11) nieprzestrzeganie warunków umów zawartych z NFZ lub innych zasad udzielania świadczeń ustalonych przez NFZ
4. Udzielający Zamówienie może wypowiedzieć umowę, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku rażącego naruszenia warunków umowy, w szczególności:
- 1) bezzasadnej odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego,
  - 2) nieprowadzenia obowiązującej dokumentacji,
  - 3) niewywiązywania się z obowiązku poddania się kontroli przez Udzielającego Zamówienia i NFZ,
  - 4) skutek utraty przez Przyjmującego Zamówienie uprawnień koniecznych do realizacji świadczeń zdrowotnych,
  - 5) nieudokumentowania przez Przyjmującego Zamówienie posiadania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, w zakresie przedmiotu umowy w czasie trwania umowy,
  - 6) nieudokumentowania przez Przyjmującego Zamówienie posiadania aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania zadań określonych niniejszą umową,
  - 7) gdy oświadczenia i dane przekazane Udzielającemu Zamówienia okażą się nieprawdziwe,
  - 8) gdy Przyjmujący Zamówienie udzielał świadczeń zdrowotnych w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających.
5. Przyjmujący Zamówienie może wypowiedzieć umowę w razie niewypłacenia lub nieterminowego wypłacania należności przez Udzielającego Zamówienie zgodnie z umową. Wypowiedzenie umowy może nastąpić, jeżeli Udzielający Zamówienie w terminie 21 dni od doręczenia wezwania do zapłaty należności, nie przekazał zaległej należności na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie.

**§ 13**

1. Ostateczna 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 Zamówienia 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 umowy przez Przyjmującego Zamówienie. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do przedstawienia wszystkich swoich oświadczeń i stwierdzeń do zarzutu wadliwej realizacji umowy i wysokości nałożonych kar.
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 trwałe 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, przy czym kara ta naliczana jest wyłącznie w przypadku niepodania dodatkowego terminu zgodnie z §.10. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego – do wysokości rzeczywiście poniesionej straty.
5. 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 właściwy miejscowo i rzeczowo sąd powszechny 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 znajdują 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.



*Załącznik nr 2*

*Zakres obowiązków i organizacja pracy Przyjmujący Zamówienie udzielającego  
świadczeń ambulatoryjnych, w systemie podstawowego zabezpieczenia opieki  
medycznej*

- 1) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w Poradni, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób,
- 2) wykonywanie badań, zabiegów i procedur medycznych zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami,
- 3) udzielanie konsultacji/porad na rzecz pacjentów hospitalizowanych w Klinikach,
- 4) podejmowanie działań w zakresie edukacji zdrowotnej pacjenta,
- 5) ścisła współpraca z Poradniami działającymi w ramach Przychodni i Klinik, w zakresie udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych,
- 6) prowadzenie dokumentacji medycznej papierowej i elektronicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 7) szkolenie lekarzy i pozostałego personelu medycznego zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami,
- 8) aktywne uczestnictwo w opracowywaniu, wdrażaniu, modyfikowaniu nowych metod pracy na rzecz usprawniania organizacji i zarządzania oraz poprawy jakości udzielanych świadczeń.
- 9) pomoc w adaptacji nowych pracowników przyjętych do pracy w Poradni.