



**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. 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 tj. z dnia 10 kwietnia 2024 r. (Dz.U. z 2024 r. poz. 799).
- III. Przedmiot konkursu:** Przedmiot konkursu: CPV: 85100000-0 Usługi Ochrony Zdrowia, 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne, 85141200-1 Usługi świadczone przez pielęgniarki

Pakiet Dziedzina/ tytuł zawodowy/okres	Przedmiot zamówienia/liczba godzin	Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych
Pakiet nr 1 Pielęgniarstwo- Pielęgniarka/Pielęgniarz 01.05.2025-31.12.2026	Świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę/pielęgniarza – 2 400 godzin w Klinice Chorób Tropikalnych, Pasożytniczych i Wewnętrznych – 1 920 godzin w Klinice Chorób Zawodowych i Wewnętrznych	Kliniki : – Chorób Tropikalnych, Pasożytniczych i Wewnętrznych – Chorób Zawodowych i Wewnętrznych,

- 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.

- Pozostałe warunki wykonywania świadczeń wskazane są w projekcie umowy, stanowiącej załącznik nr 1 do SWKO.
- Podpisanie umowy nastąpi niezwłocznie po prawomocnym rozstrzygnięciu konkursu.

**V. WYMAGANIA DOTYCZĄCE OFERENTÓW**

- O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się oferenci, którzy:
  - 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,
  - posiadają tytuł zawodowy określony w tabeli w pkt III
  - potwierdzają dyspozycyjność do udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie,
  - 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) proponują warunki finansowe, które mieszczą się w kwocie przeznaczonej przez Udzielającego Zamówienie na realizację przedmiotu zamówienia.
  - 10) posiadają kurs medycyny nurkowej i hiperbarycznej dla pielęgniarek ( zgodnie z wymogami NFZ i standardami ECHM )/będą gotowi do odbycia w/w kursu w przeciągu roku od dnia zawarcia umowy- dotyczy pielęgniarek/pielęgniarzy KMHIRM.
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.ucmmiT.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, paraflowane 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 **Iwona Brutel –Przełożona Pielęgniarek** od poniedziałku do piątku w godz. 7<sup>00</sup> – 14<sup>00</sup>, pod nr tel.**58 699 84 35** 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 specjalizacji zgodnej z profilem kliniki– 5 pkt
- b) Brak specjalizacji lub posiadanie niezgodnej z profilem kliniki– 0 pkt

### **Kryterium III Kompleksowość – 5 %**

Ocena punktowa oferty dokonana zostanie zgodnie z poniższym

- a) Zaoferowanie udzielanie świadczeń zdrowotnych powyżej 160 h– 5 pkt
- b) Zaoferowanie udzielanie świadczeń zdrowotnych 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 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 OFERTA**

- 1. Oferent jest związany ofertą przez okres 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.



1. 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.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.
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.

.....  
podpis Dyrektora *d. Marcin Renke*



**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 godzin	Cena (brutto) za 1 godzinę	Całkowita wartość zamówienia w okresie obowiązywania 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. 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/...../2025  
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

.....- posiadającą/ym prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza nr ..... wydane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w ....., wpisaną/ym przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w ..... do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem księgi rejestrowej ....., prowadzącą/ego 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 **z zakresu pielęgniarstwa, w systemie całodobowego zabezpieczenia opieki medycznej, w ramach świadczeń stacjonarnych** i zgodnie z potrzebami Udzielającego Zamówienie.
1. Podstawowym miejscem realizacji przedmiotu umowy jest ..... lub w szczególnych, indywidualnych przypadkach, na wezwanie inne komórki organizacyjne szpitala.
2. Podstawowy zakresy obowiązków, w obszarze usług pielęgniarstkich w trybie stacjonarnym, został określony w załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do świadczenia usług w sposób zabezpieczający niezakłóconą pracę komórki organizacyjnej miejsca udzielania świadczeń



zdrowotnych, zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienie i uzgodnionym z Przyjmującym Zamówienie harmonogramem, w wymiarze ..... **godzin średniomiesięcznie w okresie** obowiązywania umowy, z zastrzeżeniem, że w miesiącu kalendarzowym Przyjmujący Zamówienie nie może przepracować więcej niż ..... **godzin**. Przekroczenie limitu ..... **godzin** jest dopuszczalne w przypadkach szczególnych, wynikających z zapewnienia ciągłości opieki medycznej nad pacjentami. Przekroczenie limitu godzin pracy nie może spowodować przekroczenia rocznego limitu godzin pracy ustalonego w niniejszej umowie.

4. Udzielający Zamówienia wyznacza Pielęgniarkę nadzorującą i koordynującą pracę innych pielęgniarek, która w porozumieniu z Przyjmującym Zamówienie uszczegóławiać będzie harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego Zamówienie.
5. Harmonogram sporządzany będzie na okres 3 miesięcy i podany do wiadomości Przyjmującemu Zamówienie najpóźniej na 5 dni przed dniem rozpoczęcia okresu dla którego będzie przygotowany.
6. W razie potrzeby, w szczególności w przypadku wystąpienia nagłych, nieprzewidzianych okoliczności ( zdarzenia masowe, klęska żywiołowa, nagła nieobecność personelu pielęgniarskiego w Poradni/Klinice) Udzielający Zamówienia może wezwać Przyjmującego Zamówienie do udzielania świadczeń zdrowotnych w czasie nieprzewidzianym w harmonogramie.
7. Ustala się, że w sytuacjach o których mowa w ust. 6 strony będą się kontaktować telefonicznie. Numer telefonu zostanie podany Udzielającemu Zamówienia w dniu zawarcia umowy. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania tych danych.
8. 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 z zakresu pielęgnacji i opieki nad chorym Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do zasięgnięcia opinii Pielęgniarki koordynującej i nadzorującej pracę innych pielęgniarek.



1. 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.
2. Przyjmujący Zamówienie nie ma prawa pobierania na swoją rzecz od pacjentów żadnych opłat za świadczenia zdrowotne wykonywane w ramach niniejszej umowy.
3. 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.
4. 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 zamówienie przysługiwać będzie roszczenie o zwrot poniesionych kosztów od Przyjmującego Zamówienie w przypadku gdy wyłączna odpowiedzialność za szkodę spoczywa na Przyjmującym Zamówienie.
5. 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 rejestracji udzielonych przez siebie świadczeń zdrowotnych zgodnie z procedurami obowiązującymi u Udzielającego Zamówienia. Udzielający Zamówienie,
  - 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 NFZ, 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 utrzymanie 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.

## **§ 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 prawidłowej opieki, 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 Zamówienie. 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 wymogi 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. Jednorazowa niepłatna przerwa nie może być mniejsza **niż 5 dni roboczych w ciągłości**. Za akceptacją Pielęgniarki koordynującej i nadzorującej pracę innych pielęgniarek i zgodą Przełożonej Pielęgniarek, dopuszcza się możliwość wydłużenia nieodpłatnej przerwy.
2. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do uzgodnienia z Pielęgniarką koordynującą i nadzorującą pracę innych pielęgniarek, co najmniej miesięcznym wyprzedzeniem, przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych mając na uwadze konieczność zapewnienia nieprzerwanej pracy w Kliniki. Zaakceptowany wniosek w tej sprawie winien być niezwłocznie dostarczony do Działu Rozliczeń Usług Medycznych i Kontrolingu Udzielającego Zamówienia.

### 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 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 Pielęgniarka koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek komórki organizacyjnej miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Fakturę za miesiąc, za który ma zostać wypłacone wynagrodzenie Przyjmujący Zamówienie składa w terminie do 10 dnia następnego miesiąca do Pielęgniarki koordynującej i nadzorującej pracę innych pielęgniarek lub przesyła pocztą elektroniczną na adres: [faktura@ucmmit.gdynia.pl](mailto:faktura@ucmmit.gdynia.pl)
5. Pielęgniarka koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek zobowiązana 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) utratę 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) wskutek 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. Przyjmujący Zamówienie zapłaci udzielającemu zamówienie karę umowną w wysokości 500 zł za każdą nieuzasadnioną odmowę lub każdorazowe nieuzasadnione nieprzystąpienie w terminie umówionym do wykonywania umowy. Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego – do wysokości rzeczywiście poniesionej straty.
2. Przyjmujący Zamówienie zapłaci karę umowną, gdy w wyniku jego działania nastąpi trwale zniszczenie lub trwała utrata pełnej oryginalnej dokumentacji medycznej – 500 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
3. Udzielający Zamówienie 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.
4. Zapłata kar następuje na pisemne wezwanie udzielającego zamówienie w terminie 10 dni od doręczenia wezwania lub po przez 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 rozstrzygania 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 zadań i organizacja pracy Przyjmujący Zamówienie udzielającego  
świadczeń stacjonarnych, w systemie całodobowego zabezpieczenia opieki medycznej***

1. Świadczenia bezpośredniej opieki osobom hospitalizowanym poprzez pomoc w osiąganiu zdolności do samodzielnego zaspokajania potrzeb biologicznych, psychicznych, społecznych i kulturowych oraz współdziałanie w medycznych zabiegach diagnostycznych i leczniczych.
2. Ustalanie rozpoznania problemów pielęgnacyjnych na podstawie danych uzyskanych z wywiadu, obserwacji i rozmów z pacjentem lub jego rodziną oraz informacji od innych członków zespołu terapeutycznego
3. Planowanie opieki pielęgniarstwiej stosownie do stanu zdrowia, diagnozy pielęgniarstwiej i lekarskiej oraz ustalonego postępowania diagnostycznego i leczniczo-rehabilitacyjnego
4. Realizowanie opieki pielęgniarstwiej według ustalonego planu i aktualnego stanu pacjenta oraz zleconego programu diagnostyczno-leczniczego,
5. Dokumentowanie przebiegu procesu pielęgnowania, wykonanych zabiegów i wyników obserwacji,
6. Stała kontrola działań i ocena wyników postępowania pielęgnacyjnego,
7. Utrzymanie w gotowości/sprawności technicznej narzędzi, sprzętu i aparatury,
8. Zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków i środków dezynfekcyjnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami i aktualną wiedzą,
9. Natychmiastowe powiadomienie pielęgniarki oddziałowej i/lub lekarza w razie:
  - nagłego pogorszenia się stanu zdrowia chorego,
  - niemożności wykonania zleconego zabiegu/świadczenia
  - podejrzenia o chorobę zakaźną/patogen alarmowy,
10. Współpraca z innymi członkami zespołu terapeutycznego w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie,
11. Aktywne uczestnictwo w opracowywaniu, wdrażaniu, modyfikowaniu nowych metod pracy na rzecz usprawniania organizacji i zarządzania oraz poprawy jakości udzielanych świadczeń.
12. Pomoc w adaptacji nowych pracowników przyjętych do pracy w Klinice