

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS  
OSTROŁĘKA” Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu  
Sanitarnego w Ostrołęce**  
07 - 410 Ostrołęka, ul. Kościuszki 49  
tel: (0-29) 765-03-00 fax: (0-29) 760-31-71  
NIP: 758-18-78-913,REGON: 000297610

Ostrołęka, dnia 12.10.2023 r.

**S Z C Z E G Ó Ł O W E  
W A R U N K I K O N K U R S U**

**Dotyczy:**

**Postępowania konkursowego ogłoszonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki  
Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stację Pogotowia Ratunkowego i  
Transportu Sanitarnego w Ostrołęce na:**

**Świadczenie usług medycznych z zakresu ratownictwa  
medycznego z zespołami typu „P”**

**W powiecie makowskim w obszarach działania z miejscami wyczekiwania:**

- **Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Makowie Mazowieckim,**
- **Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Różanie**
- **Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Krasnosielcu**

**w rejonie operacyjnym 14/02 zgodnie z planem działania systemu  
Państwowe Ratownictwo Medyczne dla  
Województwa Mazowieckiego**

## **I. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Postępowanie konkursowe ogłoszone jest na podstawie Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (t.j. Dz.U.2023.991)
2. Oferent składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu.
  - **Każdy oferent może złożyć jedną ofertę na całość zamówienia lub poszczególne zadanie.**
  - **Oferent, który złoży więcej niż jedną ofertę zostanie odrzucony z postępowania.**
  - **Oferta zawierająca wariantowe propozycje cenowe zostanie odrzucona.**
2. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Ofertę należy opracować na druku "OFERTA".  
Oferentowi nie wolno dokonywać **żadnych** zmian merytorycznych we wzorze druku „OFERTA”, (w załączeniu: pisemny wzór dokumentu).
4. Oferta - pod rygorem jej odrzucenia - powinna być napisana w języku polskim (z wyłączeniem pojęć medycznych), na maszynie, komputerze lub ręcznie nieścieralnym atramentem oraz podpisana przez osobę / osoby upoważnione do złożenia oferty.  
Upoważnienie do podpisania oferty powinno być dołączone do oferty, o ile nie wynika ono z innych dokumentów dołączonych do oferty.
5. Oferty złożone po wyznaczonym terminie lub nadane jako przesyłka pocztowa lub droga faksu, niezależnie od daty nadania, nie będą rozpatrywane.
6. Każda zapisana strona oferty powinna być parafowana przez osobę podpisującą ofertę.
7. W przypadku, gdy załączone do oferty dokumenty zostały sporządzone w języku obcym (w tym dokumenty składane przez wykonawcę zagranicznego) niezbędne jest przedstawienie ich tłumaczenia na język polski dokonane przez tłumacza przysięgłego.
8. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami **na ponumerowanych stronach** należy umieścić w zapieczętowanej kopercie opatrzonej danymi Oferenta oraz napisem:

### ***Konkurs na świadczenie usług medycznych z zakresu ratownictwa medycznego z zespołami typu „P” w powiecie makowskim***

*Nie otwierać przed 19.10.2023 r. godz. 10.30*

**Liczba stron** (określić, ile zapisanych stron znajduje się w kopercie).

Jeśli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii - poświadczenie, oprócz adnotacji: „za zgodność z oryginałem”, musi być opatrzone imienną pieczętą i podpisem osoby upoważnionej do podpisania oferty.

9. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
10. W przypadku podpisania oferty lub załączników przez osoby bez umocowania prawnego do reprezentacji firmy, dla uznania ważności oferta musi zawierać oryginał stosownego upoważnienia (pełnomocnictwo).
11. Ofertę przed upływem terminu składania ofert można zmienić lub wycofać.
12. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty winno zostać złożone w sposób i formie przewidzianej dla oferty, z tym, że koperta winna być dodatkowo oznaczona określeniem „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.
13. Zamawiający może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu.

## **II. WYMAGANIA FORMALNO - PRAWNE W ODNIESIENIU DO Oferentów:**

1. Oferent ubiegający się o udzielanie usług medycznych zobowiązany jest do złożenia:
  - oświadczenia oferenta o zapoznaniu się z treścią i akceptacją ogłoszenia, SWK, projektu umowy i **umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (załącznik nr 1)**;
  - oświadczenia o wpisie do rejestru o którym mowa w art. 106 Ustawy o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.2023.991), zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 2**;
  - oświadczenia o zakazie pracy u podmiotów prowadzących działalność o charakterze konkurencyjnym (**Zał. Nr 3**),
  - aktualnego odpisu z właściwego rejestru albo aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
  - odpisu aktualnej polisy OC, a w przypadku jej braku, inny dokument ubezpieczenia, potwierdzający, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności;
  - zatwierdzonego projektu umowy (**Zał. Nr 4**);
  - wykaz personelu (**Zał. Nr5**)
  - oświadczenie, że kwalifikowany personel upoważniony do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w zespołach ratownictwa medycznego spełnia wymogi określone Zarządzeniem 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12.11.2020r. z późniejszymi zmianami w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne (**Zał. Nr 6**);
  - oświadczenie, że oferent spełnia wymogi, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U.2023.1541) (**Zał. Nr 7**),
  - zatwierdzonego projektu umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (**Zał. Nr 8**);
  - oświadczenia, że ambulansie typu „P” wyposażenie jest zgodne z Polską Normą przenoszącą europejskie normy zharmonizowane oraz zgodne z Zarządzeniem nr 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z późniejszymi zmianami (**Zał. Nr 9**);
2. Dokumenty wymienione w ust.1 mogą być przedłożone w formie kopii, poświadczonych za zgodność z oryginałem przez oferenta.
3. W przypadku gdy świadczeniobiorca nie przedstawi wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

### **III. USZCZEGÓLOWIENIE PRZEDMIOTU KONKURSU**

#### **1. Określenie przedmiotu konkursu**

Opis przedmiotu zamówienia został szczegółowo określony w warunkach konkursu wraz z załącznikami.

Do konkursu ofert mogą przystępować podmioty lecznicze.

Termin realizacji: **od 01.01.2024 r. do 31.12.2028 r.**

**2.** Wykonywanie usług medycznych z zakresu ratownictwa medycznego przez Świadczeniodawcę odbywać się będzie przy zastosowaniu wyposażenia, sprzętu, aparatury i innych urządzeń, spełniających wszelkie dopuszczalne normy i atesty. Świadczeniodawca oświadcza, że wyposażenie, sprzęt, aparatura i inne urządzenia wykorzystywane do badań są sprawne i posiadają wszelkie dopuszczenia do pracy.

**3.** Nie dopuszcza się składania ofert wariantowych.

### **IV. ZASADY OCENY OFERT**

#### **1. Zasady wyboru oferty**

Zamawiający wyłoni Oferenta, którego oferta:

- odpowiada wszystkim wymaganiom przedstawionym w SWK;
- przedstawia najkorzystniejszą ofertę, wg podanych kryteriów.

#### **2. Kryteria oceny ofert**

**2.1.** Oferty będą ocenione na podstawie następujących kryteriów:

**cena - 100%**

**2.2.** Zamawiający informuje, że maksymalne wynagrodzenie z tytułu świadczenia usług objętych niniejszym postępowaniem konkursowym może wynieść nie więcej jak **96 %** wartości umowy pomiędzy Zamawiającym a Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w umowie na świadczenia udzielane przez Specjalistyczne i Podstawowe Zespoły Ratownictwa Medycznego, w danej części konkursu. Oferenci mogą zaproponować obniżenie stawki procentowej wynagrodzenia opisanego powyżej. Minimalne obniżenie wynosi 0,25% bądź jego wielokrotność.

**2.3.** Rozliczenia między zamawiającym a oferentem będą prowadzone w PLN.

3. 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.
4. W przypadku stwierdzenia w ofercie oczywistych omyłek pisarskich, oczywistych omyłek rachunkowych lub innych omyłek polegających na niezgodności oferty z SWK, nie powodujących istotnych zmian w treści oferty, Zamawiający poprawi je w tekście oferty niezwłocznie zawiadamiając o tym oferenta, którego oferta została poprawiona.
5. Oferta Wykonawcy, który w terminie 3 dni od dnia otrzymania zawiadomienia nie zgodził się na poprawienie omyłek, będzie podlegała odrzuceniu. Brak odpowiedzi ze strony oferenta będzie traktowany jako zgoda na poprawienie omyłek.

## **V. MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

1. Ofertę w zamkniętej / zaklejonej kopercie opatrzonej napisami jak w rozdziale I niniejszych Szczegółowych Warunkach Konkursu należy złożyć **do dnia 19.10.2023 r. do godz. 10:00** w Sekretariacie Dyrektora SPZOZ „MEDITRANS OSTROŁĘKA” SPRiTS w Ostrołęce, ul. Kościuszki 49 II piętro - Budynek Główny, pok. 214.
2. Na swoje życzenie Oferent otrzyma pisemne potwierdzenie złożenia oferty wraz z numerem, jakim została oznakowana oferta.
3. Celem dokonania zmian bądź poprawek - Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją po modyfikacji ponownie, pod warunkiem zachowania wyznaczonego w SWK terminu składania ofert.
4. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania po upływie terminu składania ofert.

## **VI. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ W SPRAWACH DOTYCZĄCYCH SWK ORAZ CAŁEGO POSTĘPOWANIA**

1. Przed wyznaczonym terminem do składania ofert, Oferent może zwracać się do Zamawiającego o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych z SWK, sposobem przygotowania i złożenia oferty - **kierując swoje zapytania na piśmie.**
2. Pisemna odpowiedź zostanie przesłana wszystkim uczestnikom bez wskazania źródła zapytania.
3. Zamawiający nie ma obowiązku udzielania odpowiedzi na zapytania do SWK w wypadku ich złożenia w terminie późniejszym niż 3 dni przed wyznaczoną datą otwarcia ofert.
4. Do kontaktu z oferentami w sprawach jw. upoważniony jest Pracownik Sekretariatu, nr telefonu (29) 7650300
5. Wszystkie ewentualne zapytania należy kierować pisemnie na adres 07-410 Ostrołęka ul. Kościuszki 49, lub drogą email na adres *spzoz@meditrans.ostroleka.pl*

6. Wszystkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający i Oferenci przekazują **pisemnie**.

## **VII. TRYB WPROWADZANIA EWENTUALNYCH ZMIAN W SWK**

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert Zamawiający może zmodyfikować treść dokumentów składających się na Szczegółowe Warunkach Konkursu.
2. O każdej zmianie Zamawiający zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania.
3. W przypadku, gdy zmiana powodować będzie konieczność modyfikacji oferty, Zamawiający może przedłużyć termin składania ofert. W takim przypadku wszelkie prawa i zobowiązania - Oferenta i Zamawiającego będą podlegały nowemu terminowi.

## **VIII. TERMIN ZWIĄZANIA WARUNKAMI OFERTY**

1. Oferent związany jest ofertą przez okres **30 dni**, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
2. Wniesienie skargi przerywa bieg terminu związania ofertą.

## **IX. MIEJSCE I TRYB OTWARCIA OFERT**

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu KOMISJI KONKURSOWEJ, które odbędzie się w siedzibie Zamawiającego w Sali konferencyjnej dnia **19.10.2023 r. o godz. 10:30**
2. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez DYREKTORA .

## **X. OBOWIĄZKI ZAMAWIAJĄCEGO**

1. Zamawiający po otwarciu ofert, przekaze uczestnikom postępowania konkursowego obecnym na publicznym otwarciu ofert, informacje dotyczące:
  - nazwy i adresu Oferenta;
  - ceny oferty;
2. Zamawiający po zatwierdzeniu wyników konkursu przekaze wszystkim Oferentom:
  - nazwę i adres Oferenta, którego ofertę uznano za najkorzystniejszą;
  - uzasadnienie wyboru oferty;
3. Oferent, którego ofertę uznano za najkorzystniejszą zostanie powiadomiony o wyborze i terminie zawarcia umowy po zakończeniu postępowaniu konkursowym i akceptacji wyników konkursu przez DYREKTORA.

## **XI. ISTOTNE POSTANOWIENIA ZAWIERANEJ UMOWY**

Projekt umowy stanowi załącznik nr 4.

## XII. Formalności, jakie powinny zostać dopełnione w CELU ZAWARCIA UMOWY

Zamawiający wymaga, aby Oferent, którego oferta zostanie wybrana jako najkorzystniejsza zawarł z nim, umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik do SWK i umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

W przypadku braku protestów, odwołań i skarg, **oferent obowiązany jest przesłać do zamawiającego** podpisaną i wypełnioną umowę w dwóch egzemplarzach oraz załączyć do niej formularz cenowy zgodnie ze złożoną ofertą po terminie 7 dni od dnia, w którym wszyscy uczestnicy postępowania powzięli lub mogli powziąć wiadomość o wynikach postępowania.

Podpisanie umowy musi nastąpić przed upływem terminu związania ofertą.

## XIII. PRAWO OFERENTÓW PROTESTÓW I ODWOŁAŃ

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
  - 1.1. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe zostaje zawieszane chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
  - 1.2. Komisja konkursowa rozpatruje protest w ciągu 7 dni od daty jej złożenia i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
  - 1.3. Informację o wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Zamawiającego .
  - 1.4. W przypadku uwzględnienia protestu komisja konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.
2. Oferent może złożyć do udzielającego zamówienia odwołanie dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania
  - 2.1. Po wniesieniu odwołania udzielający zamówienia, aż do jego rozstrzygnięcia, nie może zawrzeć umowy.
  - 2.2. Udzielający zamówienia rozpoznaje i rozstrzyga odwołanie najpóźniej w ciągu 7 dni od daty jego złożenia.
  - 2.3. O wniesieniu i rozstrzygnięciu odwołania Zamawiający niezwłocznie informuje w formie pisemnej pozostałych oferentów.
  - 2.4. W przypadku uwzględnienia odwołania Zamawiający powtarza konkurs ofert.

Szczegółowe Warunki Konkursu  
Sporządził:  
zastępca Dyrektora ds. Medycznych  
lek. Mariusz Zorczykowski

dnia,

pieczętka

## OFERTA

### I. Dane Oferenta

1. Pełna nazwa.....
2. Adres .....
3. Numer telefonu i faksu .....
4. E-mail .....
5. REGON .....

### II. Przedmiot oferty:

Oferta dotyczy postępowania konkursowego ogłoszonego przez:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stację Pogotowia  
Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce  
Ul. Kościuszki 49  
07 – 410 Ostrołęka  
na :**

Świadczenie usług medycznych z zakresu ratownictwa medycznego z zespołami typu „P”

- W powiecie makowskim w obszarach działania z miejscami wyczekiwania Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Makowie Mazowieckim, Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Różanie oraz Podstawowego Zespołu Ratownictwa Medycznego w Krasnosielcu\*

w rejonie operacyjnym 14/02 zgodnie z planem działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Mazowieckiego

\* - niepotrzebne skreślić

**Proponowana cena ..... % w skali zakresu świadczeń.**



### **III. Potwierdzenie spełnienia wymagań formalno- prawnych**

#### **Podać wykaz załączników i stron:**

- oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią i akceptacją ogłoszenia, SWK, projektu umowy i umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych **Zał. Nr ... str.....;**
- oświadczenie o wpisie do rejestru o którym mowa w art. 106 Ustawy o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2022,poz.633 ze zm.), zgodnie ze wzorem określonym w **Zał. Nr.... str.....;**
- oświadczenia o zakazie pracy u podmiotów prowadzących działalność o charakterze konkurencyjnym **Zał. Nr ..... str.....;**
- aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
- odpis aktualnej polisy OC, a w przypadku jej braku, inny dokument ubezpieczenia, potwierdzający, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności;
- zatwierdzony projekt umowy **Zał. Nr .... str.....;**
- wykaz personelu **Zał. Nr .... str.....;**
- oświadczenie, że kwalifikowany personel upoważniony do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w zespołach ratownictwa medycznego spełnia wymogi określone Zarządzeniem 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12.11.2020r. z późniejszymi zmianami w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne **Zał. Nr .... str.....;**
- oświadczenia, że oferent spełnia wymogi , o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym ( t.j. Dz.U.2023.1541.) **Zał Nr ... str.....;**
- zatwierdzony projekt umowy powierzenia przetwarzania danych .) **Zał Nr ... str.....;**
- oświadczenia, że ambulanse typu „P” i ich wyposażenie jest zgodne z Polską Normą przenoszącą europejskie normy zharmonizowane oraz zgodne z Zarządzeniem nr 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z późniejszymi zmianami **Zał Nr ... str.....;**

**IV. Potwierdzenie przyjęcia do wiadomości warunków  
ustaleń, które są w załączonym projekcie umowy.**

Niniejszym przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na warunki i  
ustalenia, które są zawarte w załączonym projekcie umowy

**V. Wykonawca oświadcza, że zapoznał się ze  
Szczegółowymi Warunkami Konkursu i nie wnosi do nich  
żadnych uwag.**

OFERTA z załącznikami zawiera łącznie: ..... ponumerowanych stron.

*podpis osoby uprawnionej*

Pieczęć adresowa oferenta

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż:  
(podać nazwę i adres oferenta)

Występując w postępowaniu konkursowym na realizację zamówienia na:  
„Świadczenie usług medycznych z zakresu ratownictwa medycznego zespołami typu  
„P” zapoznaliśmy się i akceptujemy treść ogłoszenia, SWK, projekt umowy  
i umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych

....., dnia,

*Podpis i pieczęć imienna  
osoby uprawnionej*

Miejscowość, data

Dane składającego oświadczenie

**Nazwa, adres siedziby i nr telefonu**

Oświadczenie o wpisie do rejestru

Niniejszym oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do księgi rejestrowej rejestru, o którym mowa w art. 106 Ustawy o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.2023.991.), prowadzonego przez:

pod numerem .....

oraz, że posiadam potwierdzoną wpisem do rejestru zdolność do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem niniejszego postępowania w sprawie zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Podpis/y i pieczęć osoby uprawnionej  
do reprezentowania Oferenta

OŚWIADCZENIE O ZAKAZIE PRACY U PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ  
O CHARAKTERZE KONKURENCYJNYM

W okresie obowiązywania umowy o podwykonawstwo Podwykonawca zobowiązuje się powstrzymać od prowadzenia działalności konkurencyjnej wobec Świadczeniodawcy.

Za działalność konkurencyjną uważane jest wykonywanie - na jakiegokolwiek podstawie prawnej lub bez takiej podstawy, zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio - czynności o takim samym lub podobnym charakterze jak przedmiot niniejszego konkursu na rachunek własny lub na rzecz podmiotów leczniczych innych niż Zamawiający. Za działalność konkurencyjną uznaje się również uczestniczenie przeze mnie w podmiotach leczniczych wykonujących działalność taką samą lub podobną co przedmiot niniejszego konkursu, przez co należy rozumieć posiadanie przeze mnie statusu wspólnika, akcjonariusza lub pełnienie funkcji w spółce cywilnej bądź pełnienie funkcji członka zarządu lub rady nadzorczej w spółce prawa handlowego jak również pełnienie w tego rodzaju spółkach funkcji prokurenta lub pełnomocnika. a także - posiadanie udziałów lub akcji konkurencyjnej spółki kapitałowej. **Ponadto w okresie trwania umowy zobowiązuję się nie świadczyć pracy oraz usług na podstawie umowy cywilnoprawnej, kontraktu menedżerskiego, umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło lub na jakiegokolwiek innej podstawie na rzecz jakiegokolwiek podmiotu prowadzącego działalność konkurencyjną wobec świadczeniodawcy.**

W wypadku wątpliwości, czy dana czynność faktyczna lub prawna ma charakter konkurencyjny wobec Świadczeniodawcy, zwrócę się w tej sprawie do Świadczeniodawcy z pisemnym zapytaniem.

.....  
(miejsowość, data, podpis osoby uprawnionej)

# PROJEKT UMOWY

**O PODWYKONAWSTWO NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ  
OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO**

zawarta w Ostrołęce w dniu ..... roku,  
pomiędzy:

**1.Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
MEDITRANS OSTROŁĘKA**

**Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce**

07-410 Ostrołęka ul. Kościuszki 49,

działającym na podstawie Rejestru Podmiotów Leczniczych Wojewody Mazowieckiego nr

000000007518 oraz Krajowego Rejestru Sądowego nr 0000078731, **reprezentowanym przez:**

**Mgr inż. Mirosława Dąbkowskiego - Dyrektora.**

zwanym dalej "Świadczeniodawcą",

a:

2.....

reprezentowanym przez:

- .....

zwanym w dalszej części „Podwykonawcą”

zwane łącznie "stronami umowy".

Strony zawierają niniejszą umowę (dalej: Umowa),

**PRZEDMIOT UMOWY**

**§1.**

1. Przedmiotem umowy jest wykonywanie przez Podwykonawcę świadczeń zdrowotnych w rodzaju ratownictwo medyczne udzielanych osobom w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w miejscu wypadku lub zachorowania przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego w zakresach określonych w Zarządzeniu Nr 179/2020/DSM Prezesa NFZ z dnia 12.11.2020r. z późniejszymi zmianami w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne.
2. Świadczenia o których mowa w ust. 1 będą udzielane przez Podwykonawcę w rejonie operacyjnym zgodnie z Planem Działania dla Województwa Mazowieckiego w n/w zakresach świadczeń:

- a) świadczenia udzielane przez **podstawowy** zespół ratownictwa medycznego w miejscu wyczekiwania zespołu ratownictwa medycznego: **Maków Mazowiecki**.  
Teryt miejsca wyczekiwania :1411011, kod zespołu: **W02-102**
  - b) świadczenia udzielane przez **podstawowy** zespół ratownictwa medycznego w miejscu wyczekiwania zespołu ratownictwa medycznego: **Krasnosielc**.  
Teryt miejsca wyczekiwania: 1411042, kod zespołu: **W02-104**
  - c) świadczenia udzielane przez **podstawowy** zespół ratownictwa medycznego w miejscu wyczekiwania zespołu ratownictwa medycznego: **Różan**.  
Teryt miejsca wyczekiwania: 1411074, kod zespołu: **W02-106**
3. Podwykonawca zobowiązuje się wykonywać:
- a) obowiązki opisane w ust.1 przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy;
4. Podwykonawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w obowiązujących przepisach prawa w tym:
- a) Zarządzeniu Nr 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 listopada 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne,
  - b) Zarządzeniu Nr 173/2021/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 października 2021 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne,
  - c) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz.U. z 2019 r., poz. 237).
  - d) Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U.2023.1194),
  - e) Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( t.j. Dz.U.2022.2561),
  - f) Ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U.2023.1541),
  - g) Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( t.j. Dz.U.2023.991),
  - h) Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2019.866).



## **ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

### **§2.**

#### **Zasoby ludzkie**

1. Świadczenia udzielane są zgodnie z Ustawą o dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U.2023.1541).
2. Podwykonawca oświadcza, że osoby realizujące świadczenia zgodnie z przedmiotem umowy, posiadają kwalifikacje podstawowe zgodne z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 04 lutego 2019r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz.U.2019.237), zaś kwalifikacje specjalistyczne zgodne z załącznikiem nr 1 do tego rozporządzenia.
3. Podwykonawca oświadcza, że skład osobowy specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego jest zgodny z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 04 lutego 2019r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz. U.2019.237), zaś skład osobowy podstawowego zespołu ratownictwa medycznego odpowiada wymaganiom załącznika nr 2 do tego rozporządzenia.
4. Osoby wymienione wyżej podlegają okresowej ocenie dokonywanej przez Świadczeniodawcę, przynajmniej raz w roku, w zakresie swoich umiejętności, sposobu wykonywania obowiązków wynikających z niniejszej umowy oraz pracy w zespole według zasad obowiązujących u Podwykonawcy. W wypadku negatywnej oceny osoby, Podwykonawca zobowiązuje się w możliwie najkrótszym czasie do wycofania takiej osoby z wykonywania przedmiotu Umowy oraz do niezwłocznego zapewnienia osoby wykonującej przedmiot Umowy, posiadającej odpowiednie kwalifikacje oraz umiejętności.
5. Świadczeniodawca jest uprawniony do wnioskowania do Podwykonawcy w sytuacji negatywnych zdarzeń np.: skargi o wycofanie danej osoby z wykonywania przedmiotu umowy. Wniosek w tej sprawie jest wiążący dla Podwykonawcy Postanowienie § 2 ust. 4 zdanie drugie stosuje się odpowiednio.
6. Każda osoba realizująca przedmiot umowy zobowiązana jest do podpisania stosownego oświadczenia dotyczącego zakazu pracy u podmiotów prowadzących działalność o charakterze konkurencyjnym.

### **§3.**

#### **Potencjał techniczny**

1. Dane o potencjale wykonawczym Podwykonawcy przeznaczonym do realizacji Umowy, będącym w jego dyspozycji, określone są w załączniku nr 2 do niniejszej Umowy (wg wzoru Załącznik nr 9 do SWK - Oświadczenie o wyposażeniu ambulansów). Podwykonawca realizuje obowiązki wynikające z niniejszej umowy za pomocą własnych środków transportu, urządzeń, narzędzi,

aparatury medycznej oraz wyrobów medycznych.

2. Podwykonawca oświadcza, że będące w jego dyspozycji środki transportu drogowego spełniają cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane zgodnie z przepisami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, to jest cechy techniczne i jakościowe określone w obowiązującej Polskiej Normie PN-EN 1789 dla środka transportu drogowego typu B lub typu C, a ponadto spełniają wymagania dotyczące wyposażenia medycznego środka trwałego zgodnie z aktualnie obowiązującą Polską Normą przenoszącą europejskie normy zharmonizowane oraz wytyczne Ministerstwa Zdrowia, w szczególności zarządzenie Nr 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 listopada 2020 r. z późniejszymi zmianami w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne.
3. Podwykonawca zainstaluje na swój koszt w środkach transportu drogowego przeznaczonych do wykonywania Umowy dodatkowe wyposażenie niezbędne do realizacji niniejszej umowy.
4. Podwykonawca zobowiązany jest do dokonywania na swój koszt okresowych przeglądów sprzętu i aparatury medycznej oraz dokonywania aktualizacji wpisów w paszportach medycznych.
5. Podwykonawca zobowiązuje się bezzwłocznie uzupełnić braki zamiennym sprzętem w celu zapewnienia ciągłego i niezakłóconego realizowania przedmiotu Umowy.

#### **§ 4.**

##### **Wykonywanie świadczeń**

1. Podwykonawca zobowiązuje się do wykonania przedmiotu umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami wiedzy i praktyki medycznej przy jednoczesnym zachowaniu szczególnie należytej staranności w tym zakresie oraz poszanowania praw pacjenta i zachowania tajemnicy w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi.
2. Podwykonawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji Umowy, przez które rozumie się zasoby będące w jego dyspozycji służące wykonaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt. Zmiany wymagają zgłoszenia Świadczeniodawcy oraz Dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo – w przypadkach losowych - niezwłocznie po ich powstaniu.
3. Aktualizację danych, o których mowa w § 3 dotyczących potencjału technicznego, należy dokonać w zakresie powiadomienia dyrektora Oddziału Funduszu za pomocą udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia aplikacji informatycznych, w szczególności w Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach i warunkach określonych w załączniku Nr 1 do zarządzenia Nr 45/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 05 października 2009 roku w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia (z późn. zm.).
4. Zespoły ratownictwa medycznego zapewniające, zgodnie z planem działania systemu, gotowość

do udzielania świadczeń nie mogą realizować w tym czasie zleceń od innych podmiotów oraz udzielać świadczeń, wynikających z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń, a w szczególności leczenia szpitalnego, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, transportu sanitarnego w podstawowej opiece zdrowotnej.

5. Podwykonawca jest zobowiązany zaopatrywać się we własnym zakresie i na własny koszt w produkty lecznicze, wyroby medyczne oraz inne materiały niezbędne do udzielania świadczeń na podstawie umowy.
6. Odbiór i utylizacja odpadów medycznych, wytwarzanych przez Podwykonawcę podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przepisami prawa leży po stronie Podwykonawcy.
7. Podwykonawca nie może zlecać przedmiotu umowy podmiotom trzecim.

## **§ 5.**

### **Sprawozdawczość, dokumentacja medyczna**

1. Podwykonawca gromadzi dane statystyczne w zakresie realizacji wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego określonych w §1 ust. 1 zgodnie z wymogami określonymi przez NFZ i MZ.
2. Podwykonawca przekazuje raport statystyczny danych określonych w ust. 1 w formacie określonym przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem udostępnionego przez Świadczeniodawcę konta SZOI , na okres trwania umowy. Pozostałe obowiązki sprawozdawcze wynikające z odrębnych przepisów (GUS, Jednostki samorządów, Ministerstwo Zdrowia) wykonuje samodzielnie Podwykonawca.
3. Podwykonawca zobowiązuje się na żądanie Świadczeniodawcy do sporządzania i przedstawiania innych zestawień wymaganych przez uprawnione organy.
4. W przypadku stwierdzenia przez NFZ lub Świadczeniodawcę w wyniku weryfikacji nieprawidłowości lub błędnych danych w przekazanych raportach statystycznych, Podwykonawca zobowiązany jest do ich niezwłocznego skorygowania w terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od powiadomienia przez Świadczeniodawcę o nieprawidłowościach.
5. W wypadku, gdy korekta wymaga przedstawienia NFZ lub Świadczeniodawcy dokumentacji medycznej pacjenta, Podwykonawca przekazuje dokumentację w sposób określony indywidualnie przez Świadczeniodawcę.
6. Podwykonawca zobowiązany jest do samodzielnego prowadzenia, przechowywania, archiwizowania i udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami i procedurami.

## § 6.

### **Ubezpieczenie**

1. Podwykonawca jest zobowiązany do posiadania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136 b ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2022.2561), w dniu podpisania niniejszej umowy oraz przez cały okres jej obowiązywania. Podwykonawca jest zobowiązany okazać dokument polisy ubezpieczeniowej wraz z dowodem uiszczenia składki ubezpieczeniowej na każde żądanie Świadczeniodawcy.

## § 7.

### **Odpowiedzialność podwykonawcy**

1. Podwykonawca ponosi odpowiedzialność w pełnej wysokości za wszelkie szkody na osobie i mieniu powstałe na skutek udzielania lub zaniechania udzielania świadczeń przez osoby udzielające świadczeń na podstawie niniejszej umowy.
2. Podwykonawca ponosi odpowiedzialność za prawidłowe ordynowanie leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z aktualnym stanem wiedzy medycznej.
3. W przypadku gdy na skutek zgłoszenia do Świadczeniodawcy roszczeń przez podmioty lub osoby, którym Podwykonawca udzielał świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie niniejszej umowy, Świadczeniodawca będzie zobowiązany naprawić szkodę wyrządzoną przez Podwykonawcę, Podwykonawcy zwróci w takiej sytuacji Świadczeniodawcy wszelkie koszty, które ten poniósł w związku z koniecznością realizacji roszczeń podmiotu trzeciego, w tym ewentualnych kosztów postępowania sądowego. Świadczeniodawca zobowiązuje się nie zawierać ugody oraz dobrowolnie wypłacać odszkodowania lub zadośćuczynienia na rzecz podmiotów trzecich, o których mowa powyżej bez zgody Podwykonawcy.

## § 8.

### **Kontrola realizacji umowy**

1. Podwykonawca zobowiązany jest do poddania się kontroli Świadczeniodawcy, Wojewody Mazowieckiego, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych uprawnionych podmiotów na zasadach obowiązujących u Świadczeniodawcy lub określonych w odrębnych przepisach oraz realizacji zaleceń pokontrolnych.
2. Kontrola obejmuje sposobu wykonywania umowy, a w szczególności:

- a) ocenę udzielanych świadczeń zdrowotnych,
  - b) sposób udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - c) prawidłowość prowadzenia wymaganej dokumentacji,
  - d) przestrzegania warunków udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymaganiami sanitarno - epidemiologicznymi określonymi w odrębnych przepisach oraz w procedurach zintegrowanego systemu zarządzania obowiązującego u Świadczeniodawcy.
3. Podwykonawca zobowiązuje się do pokrycia we własnym zakresie w pełnej wysokości wszelkich kar finansowych nałożonych na Świadczeniodawcę, w wyniku kontroli opisanych w ust. 1 i 2 oraz § 4 ust.2, powstałych na skutek działań lub zaniechań Podwykonawcy lub jego personelu. Podwykonawca wyraża zgodę na potrącenie kwot ww. kar z bieżącego wynagrodzenia przysługującego od Świadczeniodawcy.

## **§ 9.**

### **Ryzyko gospodarcze**

1. Podwykonawca rozlicza się z Urzędem Skarbowym, oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych we własnym zakresie.
2. Ryzyko gospodarcze, związane z wykonaniem niniejszej umowy ponosi Podwykonawca.
3. Odpowiedzialność wobec osób trzecich za rezultat czynności objętych umową oraz ich wykonywanie ponosi Podwykonawca.
4. Podwykonawca ponosi odpowiedzialność za wyrządzone szkody przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stosownie do przepisów kodeksu cywilnego.
5. Podwykonawca ponosi odpowiedzialność za swoje działania lub zaniechania wyrządzające szkodę w majątku Świadczeniodawcy na zasadach określonych w kodeksie cywilnym.

## **§ 10.**

### **Warunki finansowania świadczeń**

1. Kwota miesięcznego wynagrodzenia należnego Podwykonawcy z tytułu realizacji umowy, jest iloczynem ilości dni udzielania świadczeń w danym miesiącu rozliczeniowym oraz ceny jednostkowej – ryczałtu dobowego dla poszczególnych zakresów świadczeń .....% **ceny** ustalonej między Świadczeniodawcą, a Mazowieckim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Należności z tytułu realizacji umowy określone w ust. 1 Świadczeniodawca wypłaca na rachunek bankowy Podwykonawcy po otrzymaniu zapłaty (refundacji) z NFZ za dany okres rozliczeniowy.
3. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest prawidłowo wystawiony rachunek Podwykonawcy wraz z raportem statystycznym, o którym

mowa w § 5 ust. 2 umowy, przekazany Świadczeniodawcy do 5 dnia danego miesiąca kalendarzowego za usługi wykonane w miesiącu poprzednim.

## § 11.

### **Kary umowne**

1. Świadczeniodawcę zastrzega sobie prawo do potrącenia z rachunków lub faktur wystawianych przez Podwykonawcę za wykonane usługi (po wystawieniu noty obciążeniowej) nałożonych na niego przez NFZ kar finansowych w pełnej wysokości, z tytułu stwierdzenia niewykonania lub wykonania umowy przez Podwykonawcę niezgodnie z jej postanowieniami lub wymogami NFZ.
2. Świadczeniodawcy przysługuje prawo zastosowania wobec Podwykonawcy kary umownej w wysokości odpowiadającej do 10% wynagrodzenia umownego brutto Podwykonawcy za ostatni miesiąc poprzedzający wystawienie noty obciążeniowej, w przypadku stwierdzenia wystąpienia co najmniej jednej z następujących okoliczności:
  - a) niekompletnego umundurowania przez osoby udzielające świadczeń, jego braku lub stwierdzonego nadmiernego zużycia umundurowania,
  - b) braku identyfikatora,
  - c) uzasadnionej skargi pacjenta lub kontrahenta Świadczeniodawcy,
  - d) opóźnienia wyjazdu /np. dojazdu/,
  - e) braku kontaktu z Dyspozytornią Medyczną przyczyn leżących po stronie Podwykonawcy,
  - f) nieprawidłowej obsługi tabletu w postaci braku lub opóźnionej zmiany statusu w SWD PRM,
  - g) prowadzenia dokumentacji medycznej nieczytelnie lub w sposób niezgodny z wymogami i przepisami,
  - h) nie przestrzegania własnych przepisów,
  - i) zachowania osób udzielających świadczeń niezgodnie z zasadami etyki oraz z ogólnie przyjętymi normami społecznymi,
  - j) innych istotnych naruszeń niniejszej umowy.
  - za każdy stwierdzony przypadek zaistnienia wyżej opisanych naruszeń, przy czym kary umowne mogą być naliczane kumulatywnie.
3. O wymierzeniu kary umownej każdorazowo Podwykonawca będzie powiadamiany w formie pisemnej poprzez wystawienie noty obciążeniowej. Kara umowna objęta notą obciążeniową jest płatna w terminie 14 dni od dnia jej doręczenia Podwykonawcy.
4. Podwykonawca wyraża zgodę na potrącanie kwot kar umownych z jego bieżącego wynagrodzenia. Dokonanie potrącenia nie wymaga złożenia przez Świadczeniodawcę odrębnego oświadczenia o potrąceniu wzajemnych wierzytelności.

5. W przypadku braku możliwości potrącenia kwot kar umownych w sposób, o którym mowa w ust. 4, Podwykonawca zobowiązuje się do uregulowania należności w terminie określonym w ust. 3 powyżej.
6. W przypadku, gdy wysokość szkody spowodowanej przez Podwykonawcę przewyższa zastrzeżone w umowie kary umowne, Świadczeniodawca ma prawo dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych kodeksu cywilnego.

## § 12.

### Okres obowiązywania umowy i jej rozwiązanie

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia **01.01.2024 r. do dnia 31.12.2028 r.**
2. Umowa ulega rozwiązaniu w trybie natychmiastowym, w przypadku wygaśnięcia lub rozwiązania umowy zawartej przez Świadczeniodawcę z Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. Umowa może być rozwiązana przez Świadczeniodawcę bez zachowania okresu wypowiedzenia na skutek oświadczenia woli Świadczeniodawcy w przypadkach dopuszczenia się przez Podwykonawcę rażącego naruszenia postanowień umowy, w szczególności:
  - a) nieprzestrzegania przez Podwykonawcę warunków udzielania świadczeń zdrowotnych określonych przez NFZ,
  - b) utraty ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w § 6 umowy lub nie przedłożenia Świadczeniodawcy dokumentów potwierdzających posiadanie wymaganej ochrony ubezpieczeniowej najpóźniej w terminie 3 dni od dnia żądania Świadczeniodawcy przekazania mu przedmiotowych dokumentów,
  - c) gdy osoby udzielające świadczeń naruszyły postanowienia kodeksu etyki zawodowej lub wykonywały świadczenia pod wpływem alkoholu lub środków odurzających,
  - d) prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób nierzetelny, niekompletny lub w inny sposób który byłby niezgodny z wymaganiami i przepisami prawa.
4. Umowa ulega rozwiązaniu ze skutkiem natychmiastowym w razie zaistnienia okoliczności uniemożliwiających dalszą realizację umowy, a w szczególności:
  - a) wszczęcia likwidacji wobec Podwykonawcy,
  - b) utraty przez Podwykonawcę potencjału technicznego, o którym mowa w § 3 ust. 1 umowy
5. Podwykonawca zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Świadczeniodawcy o zaistnieniu okoliczności o których mowa w ust. 4.
6. Każdej ze stron umowy przysługuje prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem 3 – miesięcznego wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

### **§ 13.**

#### **POUFNOŚĆ**

1. Strony zobowiązują się do bezwzględnego przestrzegania zapisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U.2023.1545) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ( t.j. Dz.U.2023.991), ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U.2019.1781) oraz Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.U.E.L.2016.119.1).
2. Szczegółowe zasady i zakres przetwarzanych danych osobowych określa Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych zawarta między stronami.

### **§ 14.**

#### **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. W przypadku zaistnienia zdarzeń losowych, których Świadczeniodawca i Podwykonawca przy dołożeniu należytej staranności nie mogli przewidzieć (siła wyższa), które uniemożliwiły wykonanie przedmiotu Umowy w całości lub poszczególnych jej elementów strony nie ponoszą odpowiedzialności z tego tytułu.
2. Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy jest Sąd Powszechny właściwy dla Świadczeniodawcy.

### **§ 15.**

1. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 04 lutego 2019 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego ( Dz.U. z 2019r. poz. 237), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U.2023.1194), ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( t.j. Dz.U.2022.2561), ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym ( t.j. Dz.U.2023.1541), ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( t.j. Dz.U.2023.991), rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019r. , poz.866).



## **§ 16.**

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

## **§ 17.**

1. Umowę sporządzoną w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

### **PODPISY STRON**

**Świadczeniodawca**

**Podwykonawca**



Pieczęć adresowa oferenta

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że kwalifikowany personel upoważniony do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w zespołach ratownictwa medycznego spełnia wymogi określone Zarządzeniem 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12.11.2020r. z późniejszymi zmianami w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne.

....., dnia,

Podpis i pieczęć imienna osoby uprawnionej

Pieczęć adresowa oferenta

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż: ..... (podać nazwę i adres oferenta) spełniam wymogi, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym ( t.j. Dz.U.2023.1541)

....., dnia,

Podpis i pieczęć imienna osoby uprawnionej

## UMOWA

### powierzenia przetwarzania danych osobowych

zawarta ..... roku pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej „MEDITRANS OSTROŁĘKA” Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce z siedzibą ul. Kościuszki 49 07-410 Ostrołęka, wpisana do KRS pod numerem 0000078731, NIP 7581878913.

#### reprezentowana przez:

.....

zwana w dalszej części umowy **administratorem**

a

.....

#### reprezentowanym przez:

- .....

zwana w dalszej części umowy **przetwarzającym**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest powierzenie przetwarzania danych osobowych przez administratora przetwarzającemu w zakresie i na warunkach określonych w niniejszej umowie i zgodnie z obowiązującymi w dacie obowiązywania umowy przepisami prawa.
2. Przetwarzanie przez przetwarzającego odbywa się w imieniu administratora i polega na przetwarzaniu danych osobowych pacjentów w celu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz prowadzenia dokumentacji medycznej.
3. Przetwarzanie realizowane jest w celu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz prowadzenia dokumentacji medycznej i obejmuje następujące dane osobowe:
  - a. *Dane osobowe pacjentów*
  - b. *Imię i Nazwisko*
  - c. *Adres*
  - d. *Dane dotyczące zdrowia*
  - e. *Wiek*
  - f. *inne wskazane w Karcie Zlecenia Wyjazdu Zespołu Ratownictwa Medycznego oraz Karcie Medycznych Czynności Ratunkowych.*
4. Przetwarzanie realizowane będzie w okresie obowiązywania umowy .....

5. Przetwarzający zapewnia, że osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych zobowiążą się do zachowania tajemnicy.
6. Uwzględniając stan wiedzy technicznej, koszt wdrażania oraz charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania oraz ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych o różnym prawdopodobieństwie wystąpienia i wadze zagrożenia, przetwarzający wdroży odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, aby zapewnić stopień bezpieczeństwa odpowiadający temu ryzyku, w tym między innymi w stosownym przypadku zapewni:
  - a. pseudonimizację i szyfrowanie danych osobowych,
  - b. zdolność do ciągłego zapewnienia poufności, integralności, dostępności i odporności systemów i usług przetwarzania,
  - c. zdolność do szybkiego przywrócenia dostępności danych osobowych i dostępu do nich w razie incydentu fizycznego lub technicznego,
  - d. regularne testowanie, mierzenie i ocenianie skuteczności środków technicznych i organizacyjnych mających zapewnić bezpieczeństwo przetwarzania.
7. Przetwarzający zapewni, iż każda osoba przetwarzająca w jego imieniu dane osobowe powierzone do przetwarzania będzie posiadała indywidualne, imienne upoważnienie do przetwarzania danych osobowych.
8. Przetwarzający zobowiązuje się do niepowierzenia przetwarzania danych osobowych objętego niniejszą umową innemu przetwarzającemu (zwanemu dalej dalszym przetwarzającym) bez uzyskania uprzedniej pisemnej zgody administratora. W przypadku zamiaru korzystania przez przetwarzającego z usług innego podmiotu przetwarzającego, przetwarzający w celu uzyskania ewentualnej zgody na dalsze powierzenie informuje na piśmie administratora o przedmiocie i czasie trwania powierzenia, charakterze i celu przetwarzania oraz rodzaju danych osobowych, będących przedmiotem dalszego powierzenia. W przypadku wyrażenia zgody na dalsze powierzenie przez administratora przetwarzający i dalszy przetwarzający zawrą umowę na warunkach określonych w niniejszej umowie. W przypadku niewywiązywania się przez dalszego przetwarzającego z postanowień zawartej umowy powierzenia pełną odpowiedzialność wobec administratora za działania dalszego przetwarzającego ponosi przetwarzający.
9. Przetwarzający zobowiązany jest poprzez odpowiednie środki techniczne i organizacyjne pomóc administratorowi wywiązać się z obowiązku odpowiadania na żądania osoby, której dane dotyczą, w zakresie wykonywania jej praw określonych w rozdziale III 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).
10. Przetwarzający zobowiązany jest uwzględniając charakter przetwarzania oraz dostępne mu informacje, pomóc administratorowi wywiązać się z obowiązków określonych w art. 32–36 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).
11. Przetwarzający udostępnia administratorowi wszelkie informacje niezbędne do wykazania spełnienia obowiązków określonych w niniejszej umowie oraz umożliwia administratorowi lub audytorowi upoważnionemu przez administratora przeprowadzanie audytów, w tym inspekcji, i przyczynia się do nich.
12. Przetwarzający zobowiązany jest do udzielania na żądanie administratora wszelkich informacji nie później niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania zapytania od administratora wysłanego drogą elektroniczną na adres..... lub na piśmie listem poleconym, z następującymi zastrzeżeniami:
  - a. w przypadku naruszenia ochrony danych przetwarzający informuje administratora bez jego żądania nie później niż w terminie 24 godzin po stwierdzeniu naruszenia
  - b. w przypadku terminów nałożonych na administratora przez organ administracji lub sąd przetwarzający zobowiązany jest udzielić odpowiedzi niezwłocznie, nie później niż w terminie pozwalającym administratorowi na zachowanie terminu wskazanego przez organ administracji lub sąd.

13. O planowanych audytach, o których mowa w ust. 11 administrator poinformuje przetwarzającego na minimum 7 dni przed planowanym terminem jego dokonania.
14. Po wykonaniu lub wygaśnięciu umowy przetwarzający zobowiązany jest do natychmiastowego usunięcia danych osobowych i ich kopii oraz opracowań ze wszystkich posiadanych nośników oraz systemów informatycznych, a w przypadku niemożności usunięcia danych osobowych do zniszczenia nośników.

.....

Administrator

.....

Przetwarzający

Pieczęć adresowa oferenta

### **Oświadczenie o wyposażeniu ambulansów**

Oświadczam, że wyposażenie ambulansów typu „P” jest zgodne z Polską Normą przenoszącą europejskie normy zharmonizowane oraz zgodne z Zarządzeniem nr 179/2020/DISM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z późniejszymi zmianami.

.....  
(miejsowość, data, podpis osoby uprawnionej)



## Wykaz załączników do Szczegółowych Warunków Konkursu

- 1) Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią i akceptacją ogłoszenia, SWK, projektu umowy i umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
- 2) Oświadczenie oferenta o wpisie do księgi rejestrowej rejestru, o którym mowa w art. 106 Ustawy o działalności leczniczej.
- 3) Oświadczenie o zakazie pracy u podmiotów prowadzących działalność o charakterze konkurencyjnym.
- 4) Projekt umowy.
- 5) Wykaz personelu.
- 6) Oświadczenie, że kwalifikowany personel upoważniony do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w zespołach ratownictwa medycznego spełnia wymogi określone Zarządzeniem 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12.11.2020r. z późniejszymi zmianami w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne .
- 7) Oświadczenie że oferent spełnia wymogi , o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
- 8) Projekt umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
- 9) Oświadczenie o wyposażeniu ambulansów.

Oprócz w/w załączników Oferent zobowiązany jest do złożenia wypełnionej oferty, aktualnego odpisu z właściwego rejestru albo aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej oraz odpisu aktualnej polisy OC.