

# **Stacja Pogotowia Ratunkowego w Słupsku**

**76-200 Słupsk, ul. Paderewskiego 5**

**tel./fax: 59 8414 520**



## **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 (S W K)**

**na**

**świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju  
ratownictwo medyczne  
zespołami typu „S” i „P”**

**w obszarach:**

- powiatu lęborskiego dla miejsc stacjonowania: Lębork, Łeba, Wicko
- powiatu bytowskiego dla miejsc stacjonowania: Bytów, Miastko, Lipnica
- powiatu chojnickiego dla miejsc stacjonowania: Chojnice, Czersk, Brusy
- powiatu człuchowskiego dla miejsc stacjonowania: Człuchów, Rzeczenica

zgodnie z Aktualizacją nr 9 Wojewódzkiego Planu Działania Systemu  
Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Pomorskiego

Tabela nr 1 obowiązującego od 01 stycznia 2020 r.

Słupsk, dnia 23 listopada 2020 r.

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

1. Postępowanie konkursowe ogłoszone jest na podstawie Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.
2. Oferent składa ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu (SWK)
  - **każdy oferent może złożyć jedną ofertę**
  - **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 drogą 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.
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 zespołami typu „S” i „P”  
w obszarach:***

*– powiatu lęborskiego dla miejsc stacjonowania: Lębork, Łeba, Wicko*

*–powiatu bytowskiego dla miejsc stacjonowania: Bytów, Miastko, Lipnica*

*– powiatu chojnickiego dla miejsc stacjonowania: Chojnice, Czernik, Brusy*

*–powiatu człuchowskiego dla miejsc stacjonowania: Człuchów, Rzeczenica*

*zgodnych z Wojewódzkim Planem Działania Systemu*

*Państwowe Ratownictwo Medyczne dla*

*Województwa Pomorskiego (Aktualizacja nr 9 zatwierdzona pismem znak ROR.521.2.51.2020.AF  
z dnia 15 października br. Minister Zdrowia zatwierdził projekt aktualizacji nr 9 Planu Działania  
Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa pomorskiego.*

*Nie otwierać przed dniem 30 listopada 2020 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 wykonywanie usług medycznych zobowiązany jest do złożenia:
  - oświadczenia oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, SWK i projektem umowy (**załącznik nr 1**);
  - oświadczenia o wpisie do rejestru o którym mowa w art. 106 Ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 nr 112 poz. 654), zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 2**;
  - 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, a w przypadku jej braku, inny dokument ubezpieczenia, potwierdzający, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności;
  - wypisu z Księgi Rejestrowej Wojewody w której będzie przedstawiona zdolność wykonywania świadczeń w danym zakresie.
  - zatwierdzonego projektu umowy;
  - oświadczenie, że kwalifikowany personel upoważniony do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w zespołach ratownictwa medycznego spełnia wymogi określone Zarządzeniem nr 179//2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12.11.2020 r., w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne.
  - oświadczenia, że ambulanse typu „S” i „P” i ich wyposażenie jest zgodne z Polską Normą przenoszącą europejskie normy zharmonizowane oraz zgodne z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia (Zarządzeniem nr 179//2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12.11.2020 r., w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne);
  - oświadczenia o posiadaniu w ambulansach systemu transmisji zapisu EKG (12 odprowadzeń) w ramach współpracy odpowiednio do oddziałów wykonujących PCI i leczenie trombolityczne i/lub SOR
  - wykaz dodatkowego sprzętu oraz sprzętu medycznego w komórkach (zespołach ZRM)

2. Dokumenty wymienione w ust.1 mogą być przedłożone w formie kopii, poświadczonej 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 i innymi określonymi w konkursie ogłoszonym w dniu 20 listopada 2020 r. przez POW NFZ

w Gdańsku pod numerem 11-21-000027/RTM/16/1/22/02/01

Do konkursu ofert mogą przystępować podmioty lecznicze.

Warunki płatności: 2 dni roboczych po otrzymaniu przez świadczeniodawcę środków z POW NFZ .

**Termin realizacji: od 01.01.2021 r. do 31.12.2021 r.**

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

2. Oferta Oferent składa ofertę na co najmniej jeden obszar wraz z wymienionymi miejscami stacjonowania.
3. Nie dopuszcza się składania ofert częściowych.

### **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**

**3. 2.1.** Oferty będą ocenione na podstawie następujących kryteriów: **cena - 100%**

**2.2.** Zamawiający informuje, że maksymalne wynagrodzenie(po uwzględnieniu kosztów Świadczeniodawcy dotyczących obsługi kontraktu) z tytułu świadczenia usług objętych niniejszym postępowaniem konkursowym, dobowo cena jednostkowa może wynieść:

- dla zespołu specjalistycznego **4 280,00 zł** słownie: cztery tysiące dwieście osiemdziesiąt 00/100 zł
- dla zespołu podstawowego **3 195,00 zł** słownie: trzy tysiące sto dziewięćdziesiąt pięć 00/100 zł

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

**2.4.** Kwoty określone w ust. 2.2. nie obejmują kwoty dodatkowych środków z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez ratowników medycznych, będących członkami zespołów ratownictwa medycznego oraz pielęgniarek systemu, będące członkami zespołów ratownictwa medycznego u podwykonawcy.

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 30 listopada 2020 r. do godz. 10:00 w sekretariacie (pokój nr 19) Stacji Pogotowia Ratunkowego przy ul. Paderewskiego 5, 76-200 Słupsk.**
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.**

Pisemna odpowiedź zostanie przesłana wszystkim uczestnikom bez wskazania źródła zapytania.

**Zamawiający nie ma obowiązku udzielania odpowiedzi na zapytania do SWK w wypadku ich złożenia w terminie późniejszym niż 2 dni przed wyznaczoną datą otwarcia ofert.**

Do kontaktu z oferentami w sprawach jw. upoważniony jest:

**Dyrektor Mariusz Żukowski      Tel/Fax. 59 8414 520**

2. 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 dnia **30 listopada 2021 r.** o godz. **10:30** Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez DYREKTORA.

## **X. OBOWIĄZKI ZAMAWIAJĄCEGO**

1. Zamawiający po otwarciu ofert, w obecności wszystkich Oferentów przekaze uczestnikom postępowania konkursowego 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 w załączniku.

## **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.

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 2 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 DO SKARG I PROTESTÓW**

1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do komisji konkursowej umotywowaną skargę.
  - 1.1. Do czasu rozpatrzenia skargi postępowanie konkursowe zostaje zawieszona.
  - 1.2. Komisja konkursowa rozpatruje skargę w ciągu 2 dni od daty jej złożenia.
  - 1.3. O wniesieniu i rozstrzygnięciu skargi komisja konkursowa w formie pisemnej niezwłocznie informuje pozostałych oferentów i Dyrektora.

2. Oferent może złożyć do udzielającego zamówienia umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 2 dni od daty otrzymania zawiadomienia na piśmie o zakończeniu konkursu i jego wyniku.
  - 2.1. Wniesienie protestu jest dopuszczalne tylko przed zawarciem umowy.
  - 2.2. Po wniesieniu protestu udzielający zamówienia, aż do jego rozstrzygnięcia, nie może zawrzeć umowy.
  - 2.3. Udzielający zamówienia rozpoznaje i rozstrzyga protest najpóźniej w ciągu 2 dni od daty jego złożenia.
  - 2.4. O wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu Zamawiający niezwłocznie informuje w formie pisemnej pozostałych oferentów.
  - 2.5. W przypadku uwzględnienia protestu Zamawiający powtarza konkurs ofert.

*Szczegółowe Warunki Konkursu zatwierdził 24.11.2020 r.*

*DYREKTOR  
Stacji Pogotowia Ratunkowego  
w Słupsku  
inż. Mariusz Żukowski*

....., dnia, .....

pieczętka

## OFERTA

### I. Dane Oferenta

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

### II. Przedmiot oferty:

#### **świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne zespołami typu „ S” i „ P”**

w obszarze:

(\* niepotrzebne skreślić)

- powiatu lęborskiego dla miejsc stacjonowania: Lębork, Łeba, Wicko\*
- powiatu bytowskiego dla miejsc stacjonowania: Bytów, Miastko, Lipnica\*
- powiatu chojnickiego dla miejsc stacjonowania: Chojnice, Czersk, Brusy\*
- powiatu człuchowskiego dla miejsc stacjonowania: Człuchów, Rzeczenica\*

zgodnym z Wojewódzkim Planem Działania Systemu  
Państwowe Ratownictwo Medyczne dla  
Województwa Pomorskiego

#### **za cenę :**

- 1) dobową ceną jednostkową zespół specjalistyczny .....\*
- ( słownie.....)
- 2) dobową ceną jednostkową zespół podstawowy .....\*
- ( słownie.....)



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

Podać wykaz załączników i stron:

- oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, SWK i projektem umowy (**załącznik nr 1**)
- oświadczenia o wpisie do rejestru o którym mowa w art. 106 Ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 nr 112 poz. 654 z późn. zm.), zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 2**)
- aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie 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; **dołączyć jako załącznik nr 10 do oferty**
- odpis aktualnej polisy, a w przypadku jej braku, inny dokument ubezpieczenia, potwierdzający, że wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności; **dołączyć jako załącznik nr 11 do oferty**
- zatwierdzony projekt umowy (**załącznik nr 3**)
- oświadczenia o posiadaniu w lokalizacji ambulansów w ruchu; (zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 4**)
- oświadczenie, że kwalifikowany personel upoważniony do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w zespołach specjalistycznych i podstawowych spełnia wymogi określone Zarządzeniem nr 179//2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12.11.2020 r., w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne zg. ze wzorem określonym w **załączniku nr 5**
- oświadczenia, że wyposażenie ambulansów typu „S” i „P” jest zgodne z Polską Normą przenoszącą europejskie normy zharmonizowane oraz zgodne z Zarządzeniem nr 179//2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12.11.2020 r., w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne; zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 6**
- wykaz ambulansów przeznaczonych do realizacji zamówienia zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 7**
- wykaz dodatkowego sprzętu oraz sprzętu medycznego w komórkach (zespołach ZRM) zgodnie wzorem określonym w **załączniku nr 7a**
- oświadczenia o posiadaniu w ambulansach systemu transmisji zapisu EKG (12 odprowadzeń) w ramach współpracy odpowiednio do oddziałów wykonujących PCI i leczenie trombolityczne i/lub SOR; zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 8**
- wykaz personelu Podwykonawcy przeznaczonego do realizacji zamówienia (zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 9**).

### **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 i pieczętka imienna osoby uprawnionej*

Pieczęć adresowa oferenta

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż firma:

*(podać nazwę i adres oferenta)*

występując w postępowaniu konkursowym na realizację zamówienia na:

**„ Świadczenie usług medycznych z zakresu ratownictwa medycznego zespołami typu „S” i „P” „, zapoznała się z treścią ogłoszenia, SWK i projektem umowy.**

....., dnia, .....

.....  
*Podpis i pieczęćka imienna osoby uprawnionej*

....., dnia .....

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 (Dz. U. z 2011 nr 112 poz. 654 z późn. zm.), 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 i pieczętka imienna osoby uprawnionej*

**UMOWA (projekt)**  
**O PODWYKONAWSTWO NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ**  
**OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU RATOWNICTWO MEDYCZNE**

Zawarta w Słupsku w dniu ..... roku,  
pomiędzy:

Stacją Pogotowia Ratunkowego, ul. Paderewskiego 5, 76-200 Słupsk działająca na podstawie Rejestru Podmiotów Leczniczych Wojewody Pomorskiego nr 000000011934 oraz Krajowego Rejestru Sądowego nr 000122526  
NIP 839 28 09 857 REGON 771549594

reprezentowanym przez:

inż. Mariusza Żukowskiego - Dyrektora

zwanym dalej "Świadczeniodawcą", a:

.....  
.....

działającym na podstawie Rejestru Podmiotów Leczniczych Wojewody Pomorskiego nr..... oraz Krajowego Rejestru Sądowego nr .....  
NIP ..... REGON .....

reprezentowanym przez:

.....

zwanym w dalszej "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 Zarządzeniach Prezesa NFZ oraz obowiązujących przepisach prawa określonych w ust. 4.
2. Świadczenia o których mowa w ust. 1 będą udzielane przez Podwykonawcę w obszarze zgodnym z Wojewódzkim Planem Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Pomorskiego w n/w zakresach świadczeń:

a) świadczenia udzielane przez specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego w miejscu wyczekiwania zespołu ratownictwa medycznego: .....  
..... Teryt miejsca wyczekiwania .....  
kod zespołu: .....

b) świadczenia udzielane przez specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego w miejscu wyczekiwania zespołu ratownictwa medycznego: .....  
..... Teryt miejsca wyczekiwania .....  
kod zespołu: .....

c) świadczenia udzielane przez podstawowy zespół ratownictwa medycznego w miejscu wyczekiwania zespołu ratownictwa medycznego: .....  
..... Teryt miejsca wyczekiwania .....  
kod zespołu: .....

d) świadczenia udzielane przez podstawowy zespół ratownictwa medycznego w miejscu wyczekiwania zespołu ratownictwa medycznego: .....  
..... Teryt miejsca wyczekiwania .....  
kod zespołu: .....

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 przepisach prawa:

a) Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.)

b) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.)

c) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654 z z późn. zm).

d) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372, z późn. zm.)

e) Zarządzenie Nr 20/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 lutego 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne

- f) Zarządzenie Nr 15/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lutego 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
- g) Zarządzenie Nr 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12.11.2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne.
- h) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego. (Dz. U. z 2019 poz. 237).
- i) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. z 2018 r., poz. 2154)
- j) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2001)
- k) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz.U. z 2018 r. poz. 1897)
- l) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2016 r., poz. 587, ze zm.)
- m) Zarządzenie Nr 122/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 grudnia 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.)
- n) Zarządzeniu Nr 128/2017/DK Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 grudnia 2017 r. w sprawie kontroli prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz realizacji zaleceń pokontrolnych.
- o) Zarządzenie nr 5/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2019 r. w sprawie przekazywania świadczeniodawcom dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez ratowników medycznych.

- p) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2019 r. zmieniające w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2019 Poz. 34).
- q) Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2011 nr 293 poz.1729).
- r) oraz innych aktualnych zarządzeń Prezesa NFZ określonych w konkursie ogłoszonym w dniu 20 listopada 2020 r. przez POW NFZ w Gdańsku pod numerem 11-21-000027/RTM/16/1/22/02/01.

## **ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

### **§2.**

#### **Zasoby ludzkie**

1. Świadczenia udzielane są przez osoby wymienione w załączniku nr 1 do Umowy - "Zasoby ludzkie".
2. Podwykonawca oświadcza, że osoby wymienione w załączniku nr 1 posiadają kwalifikacje do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w zespołach specjalistycznych i podstawowych i spełniają wymogi określone Zarządzeniem nr 179//2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12.11.2020 r., w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne.
3. Osoby wymienione wyżej podlegają okresowej ocenie, przynajmniej raz w roku, w zakresie swoich umiejętności 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.
4. Świadczeniodawca jest uprawniony do wnioskowania do Podwykonawcy w sytuacji negatywnych zdarzeń np.: skargi o zbadanie zaistniałej sytuacji i poinformowaniu Świadczeniodawcy o wyciągniętych wnioskach. W sytuacji uzyskania potwierdzenia w postaci uzyskania odpowiedniej dokumentacji i wniosków Świadczeniodawca może wnioskować o wycofanie danej osoby z

wykonywania przedmiotu umowy. Ostateczną decyzję w przedmiotowej sprawie podejmuje Podwykonawca.

### **§3.**

#### **Potencjał techniczny**

1. Podwykonawca oświadcza, że będące w jego dyspozycji środki transportu drogowego spełniające 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 wytycznymi Ministerstwa Zdrowia, w szczególności z tymi, o których mowa w załączniku do zarządzenia nr 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12.11.2020.
2. Wykaz środków transportu o których mowa w ust 1 jest zgodny ze złożoną przez Podwykonawcę ofertą.
3. Podwykonawca zobowiązany jest do dokonywania na swój koszt okresowych przeglądów sprzętu i aparatury medycznej oraz dokonywania aktualizacji wpisów w paszportach medycznych.
4. W przypadku awarii sprzętu Podwykonawca zobowiązuje się bezzwłocznie uzupełnić braki zamiennym sprzętem w celu bezproblemowego realizowania przedmiotu Umowy.
5. Podwykonawca zobowiązany jest do posiadania ambulansu rezerwowego z pełnym wyposażeniem.
6. Podwykonawca odpowiada za zapewnienie kompatybilnego systemu łączności z zespołami ratownictwa medycznego w celu właściwej realizacji przedmiotu umowy poprzez nadzór serwisowo – naprawczy sprzętu znajdującego się w ambulansie, miejscach stacjonowania oraz anten lokalnych.
7. Świadczeniodawca może użyć ambulans lub sprzęt medyczny tylko i wyłącznie w przypadku zdarzeń losowych, których nie można było przewidzieć (uszkodzenie ambulansu, sprzętu medycznego), krótkoterminowo tj. do 14 dni, maksymalnie 28 dni w całym okresie obowiązywania Umowy. Użyczenie może nastąpić zgodnie z § 4 ust.



4 Uchwały nr 322/XVI/12 Sejmiku Województwa Pomorskiego z dnia 27 lutego 2012 r.

8. W przypadku dłuższych terminów niż przewiduje § 3 pkt. 7 Umowy, Świadczeniodawca może wynająć ambulans i jego wyposażenie za odpłatnością dobową w wysokości 220,00 zł netto.
9. W przypadkach o których mowa w pkt. 7 i 8 przewiduje się zawarcie odrębnej 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 do zachowania tajemnicy w związku ze świadczeniami zdrowotnymi.
2. Podwykonawca zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzanej przez Wojewodę Pomorskiego oraz Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( Dz.U. 2018 poz 1510 z późn. zm.), w zakresie wynikającym z Umowy.
3. 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 najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo w przypadkach losowych - niezwłocznie po ich powstaniu.
4. Aktualizację danych, o których mowa w ust. 3 dotyczących potencjału technicznego, należy dokonać w zakresie powiadomienia świadczeniodawcy 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 81/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r. z późn. zm.

5. 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.
6. Podwykonawcy może być zlecony przez dyspozytora wyjazd poza swój obszar działania w przypadku braku zespołu ratownictwa medycznego obsługującego ten teren.
7. Podwykonawca jest zobowiązany zaopatrywać się we własnym zakresie w produkty lecznicze, wyroby medyczne oraz inne materiały niezbędne do udzielania świadczeń zgodnie z wymaganiami NFZ.
8. Odbiór i utylizacja odpadów medycznych, wytwarzanych przez Podwykonawcę podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przepisami prawa leży po stronie Podwykonawcy.
9. Podwykonawca zobowiązuje się do zapewnienia teletransmisji zapisu EKG dokonanego w ambulansie do najbliższego ośrodka hemodynamiki.

## **§ 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 gromadzi, przechowuje i archiwizuje zgromadzoną dokumentację medyczną w postaci Kart Zlecenia Wyjazdu (KZW) oraz Kart Medycznych Czynności Ratunkowych (KMCR). Rodzaje i zakres dokumentacji medycznej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 1261 z późn. zm.).
3. Podwykonawca upoważnia na czas trwania nin. umowy Świadczeniodawcę do przetwarzania dokumentacji medycznej i zawartych w nich danych poprzez dostęp do Aplikacji Analityk SWD PRM oraz Aplikacji Raportowej SpagoBi na zasadach określonych w odrębnej umowie powierzenia.

4. Pozostałe obowiązki sprawozdawcze wynikające z odrębnych przepisów (GUS, Jednostki samorządów, Ministerstwo Zdrowia) wykonuje samodzielnie Podwykonawca i przesyła do Świadczeniodawcy.
5. Podwykonawca zobowiązuje się na żądanie Świadczeniodawcy do sporządzania i przedstawiania innych zestawień wymaganych przez właściwe organy.
6. W przypadku stwierdzenia przez NFZ lub Świadczeniodawcę w wyniku weryfikacji nieprawidłowości lub błędnych danych w przekazanych raportach statystycznych, Podwykonawca zobowiązany jest do ich skorygowania w Aplikacji Analityk SWD PRM w terminie do 3 dni roboczych od powiadomienia przez Świadczeniodawcę o nieprawidłowościach. W przypadku konieczności złożenia przez Świadczeniodawcę wyjaśnień do NFZ w przedmiocie sprawozdawanych i rozliczanych usług Podwykonawca zobowiązuje się ściśle współpracować w tym względzie z Świadczeniodawcą i przedstawiać mu wszelkie konieczne informacje i wyjaśnienia w terminie określonym przez niego lub NFZ.
7. W wypadku, gdy korekta wymaga przedstawienia NFZ lub Świadczeniodawcy dokumentacji medycznej pacjenta, Podwykonawca zobowiązuje się do przekazania dokumentacji w sposób określony przez Świadczeniodawcę.
8. Podwykonawca zobowiązany jest do samodzielnego prowadzenia, przechowywania, archiwizowania i udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami i procedurami.

## **§ 6.**

### **Ubezpieczenie**

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. 136b ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

## **§ 7.**

### **Odpowiedzialność podwykonawcy**

1. Podwykonawca ponosi całkowitą odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby udzielające świadczeń oraz odpowiada za szkody

powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń.

2. Podwykonawca ponosi odpowiedzialność za ordynowanie leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

## **§ 8.**

### **Kontrola realizacji umowy**

1. Podwykonawca zobowiązany jest do poddania się kontroli Świadczeniodawcy, NFZ oraz innych uprawnionych podmiotów na zasadach obowiązujących u Świadczeniodawcy lub określonych w Zarządzeniu Nr 128/2017/DK Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 grudnia 2017 r. w sprawie kontroli prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz realizacji zaleceń pokontrolnych.
2. Kontrola obejmuje wykonywanie 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 wszelkich kar finansowych nałożonych na Świadczeniodawcę w wyniku kontroli opisanych w ust. 1 i 2 oraz § 4 ust.2. z tytułu nie wykonania lub nienależytego wykonania umowy Podwykonawstwa wyraża zgodę na potrącenie kwot w/w kar finansowych z bieżącego wynagrodzenia przysługującego od Świadczeniodawcy powstałych na skutek działań Podwykonawcy.

## **§ 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 zobowiązania Świadczeniodawcy wobec Podwykonawcy z tytułu realizacji umowy, jest iloczynem ilości dni w danym miesiącu rozliczeniowym oraz ceny jednostkowej – ryczałtu dobowego dla poszczególnych zakresów świadczeń ceny oferowanej przez Podwykonawcę (oferta konkursowa złożona przez Podwykonawcę stanowi załącznik do niniejszej umowy).
2. W przypadku przekazania przez POW NFZ dodatkowych środków na wynagrodzenia dla ratowników medycznych i pielęgniarek będącymi członkami ZRM zawarty zostanie stosowny Aneks do Umowy.
3. Należności z tytułu realizacji umowy określone w ust. 1i 2 Świadczeniodawca wypłaca na rachunek bankowy Podwykonawcy nr..... w ciągu 2 dni roboczych po otrzymaniu zapłaty z POW NFZ za dany okres rozliczeniowy.
4. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest faktura wystawiona przez Podwykonawcę wraz z raportami statystycznymi, o których mowa w § 5 ust 2 przekazanych Świadczeniodawcy do 5 dnia danego miesiąca kalendarzowego za usługi wykonane w miesiącu poprzednim.
5. Świadczeniodawca zobowiązuje się zawrzeć stosowny aneks do niniejszej umowy jeżeli okazałoby się , że warunki zawartego przez Świadczeniodawcę kontraktu co do stawek wynagrodzenia ZRM odbiegają od przyjętych do obecnego oszacowania wynagrodzenia podwykonawców przyjętych w ofercie na dzień zawarcia umowy.

## **§ 11.**

### **Kary umowne**

1. Świadczeniodawca zastrzega sobie prawo do potrącenia z rachunków lub faktur wystawianych przez Podwykonawcę za wykonane usługi (po wystawieniu noty

obciążeniowej) nałożonej na niego przez NFZ lub inne organy kary w pełnej wysokości, w razie stwierdzenia niewykonania lub wykonania umowy przez Podwykonawcę niezgodnie z jej postanowieniami lub wymogami Funduszu.

2. Świadczeniodawcy przysługuje prawo zastosowania wobec Podwykonawcy kary umownej w wysokości odpowiadającej od 0,1% do 0,5% wynagrodzenia Podwykonawcy za ostatni miesiąc w przypadku:

- 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) opóźniania wyjazdów,
- e) braku kontaktu radiotelefonicznego z przyczyn leżących po stronie Podwykonawcy,
- f) braku wymaganego sprzętu z zakresu obsługi Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM)
- g) nie zgłaszania się do Dyspozytora Medycznego Dysponującego Dyspozytorni Medycznej DM11 02 w Słupsku każdorazowo przed rozpoczęciem zmiany (7:00 i 19:00) oraz każdorazowo po zakończeniu realizacji zlecenia wyjazdu,
- h) prowadzenia dokumentacji medycznej nieczytelnie lub w sposób niezgodny z wymogami i przepisami,
- i) zachowania osób udzielających świadczeń niezgodnie z zasadami etyki oraz z ogólnie przyjętymi normami społecznymi.

3. O wymierzeniu kary umownej każdorazowo Podwykonawca będzie powiadamiany w formie pisemnej.

4. Podwykonawca wyraża zgodę na potrącanie kwot kar umownych z jego bieżącego wynagrodzenia.

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 nocie obciążeniowej wystawionej przez Świadczeniodawcę.

## **§ 12.**

### **Okres obowiązywania umowy i jej rozwiązanie**

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia 01.01.2021 r. do dnia 31.12.2021 r.
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 - miesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

3. Umowa ulega rozwiązaniu ze skutkiem natychmiastowym w razie zaistnienia okoliczności uniemożliwiających dalszą realizację umowy, a w szczególności:
  - a) likwidacji lub postawienia Podwykonawcy w stan upadłości,
  - b) wygaśnięcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Podwykonawcy i nie zawarcie nowej.
4. Podwykonawca zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Świadczeniodawcy o zaistnieniu bądź możliwości zaistnienia okoliczności o których mowa w ust. 4.
5. Umowa może zostać rozwiązana w trybie natychmiastowym przez Świadczeniodawcę w przypadku gdy Świadczeniodawca nie uzyska kontraktu na świadczenie usług objętych umową.
6. Strony zgodnie ustalają, że niniejsza umowa wchodzi w życie od dnia 01.01.2021 r.

## **POUFNOŚĆ**

### **§ 13.**

Strony zobowiązują się do bezwzględnego przestrzegania zapisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009, nr 52, poz. 417 z późn. zm.), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654), oraz ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. 2002 r., nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

## **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

### **§ 14.**

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.**

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy kodeksu cywilnego oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 04 luty 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego. (Dz. U. 2019 poz. 237).

**§ 16.**

Oferta konkursowa stanowi integralną część umowy.

**§ 17.**

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

**PODPISY STRON**

**Świadczeniodawca**

.....

**Podwykonawca**

.....

**Zatwierdzam projekt umowy:**

.....

*Podpis i pieczętka imienna osoby uprawnionej*



Pieczęć adresowa oferenta

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż występując w postępowaniu konkursowym pn.  
**„Świadczenie usług medycznych z zakresu ratownictwa medycznego zespołami typu „S” i „P”**

**Posiadam następujące lokalizacje ambulansów:**

| <b>kod ZRM</b> | <b>typ ZRM S/P</b> | <b>nazwa ZRM</b> | <b>kod TERYT</b> | <b>miejsce stacjonowania (adres)</b> | <b>liczba dni w roku</b> |
|----------------|--------------------|------------------|------------------|--------------------------------------|--------------------------|
|                |                    |                  |                  |                                      |                          |
|                |                    |                  |                  |                                      |                          |
|                |                    |                  |                  |                                      |                          |
|                |                    |                  |                  |                                      |                          |

....., dnia, .....

.....

*Podpis i pieczęć imienna osoby uprawnionej*

Pieczęć adresowa oferenta

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż występując w postępowaniu konkursowym pn.  
**„Świadczenie usług medycznych z zakresu ratownictwa medycznego zespołami typu „S” i „P”**

posiadam kwalifikowany personel medyczny upoważniony do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w specjalistycznych i/lub podstawowych zespołach ratownictwa medycznego spełniający wymogi określone w Zarządzeniu nr 179//2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12.11.2020 r., w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne oraz z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 04 lutego 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego.

....., dnia, .....

.....

*Podpis i pieczęćka imienna osoby uprawnionej*

Pieczeń adresowa oferenta

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż występując w postępowaniu konkursowym pn.

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

że wyposażenie ambulansów typu „S” i „P” jest zgodne z Polską Normą przenoszącą europejskie normy zharmonizowane oraz zgodne z Zarządzeniem nr 179//2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12.11.2020 r., w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne.

....., dnia, .....

.....

*Podpis i pieczętka imienna osoby uprawnionej*

Pieczęć adresowa oferenta

**Wykaz ambulansów przeznaczonych do realizacji zamówienia:**

| <b>kod<br/>ZRM</b> | <b>nazwa<br/>ZRM</b> | <b>miejsce<br/>stacjonowania</b> | <b>marka i model</b> | <b>nr rej.</b> | <b>rok prod.</b> |
|--------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|----------------|------------------|
|                    |                      |                                  |                      |                |                  |
|                    |                      |                                  |                      |                |                  |
|                    |                      |                                  |                      |                |                  |
|                    |                      |                                  |                      |                |                  |

\*do nin. wykazu należy dołączyć potwierdzone za zgodność z oryginałem:

- kserokopie dowodów rejestracyjnych wskazanych ambulansów
- kserokopii polis OC ambulansów
- kserokopii świadectw homologacji ambulansów

....., dnia, .....

.....

Załącznik nr 7A

Pieczęć adresowa oferenta

**Wykaz dodatkowego sprzętu w zespołach ratownictwa medycznego**

| <b>kod ZRM</b> | <b>nazwa ZRM</b> | <b>miejsce stacjonowania</b> | <b>urządzenie do przenoszenia pacjenta siedzącego o nośności co najmniej 170 kg z systemem trakcyjnym umożliwiającym zsuwanie pacjenta po schodach (posiada/nie posiada)</b> | <b>urządzenie do wykrywania obecności tlenu węgla w powietrzu (posiada/nie posiada)</b> | <b>urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej (posiada/nie posiada)</b> |
|----------------|------------------|------------------------------|--|---|---|
|                |                  |                              |  |   |   |
|                |                  |                              |  |   |   |
|                |                  |                              |  |   |   |
|                |                  |                              |  |   |   |

....., dnia, .....

.....

Podpis i pieczętka imienna osoby uprawnionej

Pieczęć adresowa oferenta

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż występując w postępowaniu konkursowym pn.

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

posiadam w ambulansach wskazanych w załączniku nr 7 system transmisji zapisu 12 – odprowadzeń EKG w ramach współpracy odpowiednio do oddziałów wykonujących PCI i leczenie trombolityczne.

....., dnia, .....

.....

*Podpis i pieczęć imienna osoby uprawnionej*

**Wykaz personelu**

| L.P. | Imię i Nazwisko | PESEL | Zawód/specjalizacja | Nr prawa wykonywania zawodu |
|------|-----------------|-------|---------------------|-----------------------------|
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |
|      |                 |       |                     |                             |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |