

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny  
im. Andrzeja Mieleckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
ul. Francuska 20-24  
40-027 Katowice

## **SPECYFIKACJA WARUNKÓW KONKURSOWYCH**

Zapewnienie opieki medycznej dla pacjentów hospitalizowanych po godzinach ordynacji, w:

1. Oddziale Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej
2. Oddziale Hematologii i Transplantacji Szpiku
3. Oddziale Nefrologii, Endokrynologii i Chorób Przemiany Materii
4. Oddziale Laryngologii
5. Oddziale Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej
6. Oddziale Chirurgii Szcękowo-Twarzowej
7. Oddziale Dermatologii
8. Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii

w terminie: od 1.01.2011 r. do 31.12.2011 r.

KATOWICE, 2010

Katowice, 06.12.2010 r.

**I. Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
**ul. Francuska 20-24**  
40-027 Katowice

**II. Przedmiot zamówienia:**

Zapewnienie opieki medycznej dla pacjentów hospitalizowanych po godzinach ordynacji, w:

1. Oddziale Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej – 1 lekarz codziennie
2. Oddziale Hematologii i Transplantacji Szpiku- 2 lekarzy codziennie
3. Oddziale Nefrologii, Endokrynologii i Chorób Przemiany Materii oraz w Stacji Dializ Pozaustrojowych 2 lekarzy w dni powszednie, 2 lekarzy w sobotę, niedzielę i święta
4. Oddziale Laryngologii – 1 lekarz codziennie, 1 lekarz pod telefonem w sobotę, niedzielę i święta
5. Oddziale Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej- 1 lekarz codziennie, 2 lekarzy pod telefonem każdego dnia
6. Oddziale Chirurgii Szcękowo-Twarzowej – 1 lekarz w dni powszednie, 2 lekarzy co drugi dzień
7. Oddziale Dermatologii – 1 lekarz codziennie
8. Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 2 lekarzy codziennie

Nie dopuszcza się składania ofert częściowych

**Wymagany termin realizacji:**

Od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r.

**IV. Wymagania od oferentów:**

do konkursu mogą przystąpić oferenci:

- a. *będący niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej*
- b. *którzy zapewnią opiekę medyczną poza godzinami ordynacji dla wszystkich wymienionych oddziałów*
- c. *złożą wszystkie dokumenty i oświadczenia wymienione w punkcie VI Specyfikacji*

**V. Termin związania ofertą**

Termin związania ofertą - 30 dni od upływu terminu składania ofert.

**I. Zawartość oferty:**

Oferta musi zawierać:

1. *oświadczenie oferenta o zapoznaniu się ze specyfikacją warunków konkursowych, umową i przyjęciu ich bez zastrzeżeń - załącznik nr 1*
2. *aktualny odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej*

3. *kopię obowiązującego statutu*
4. *oświadczenie o danych identyfikacyjnych oferenta - załącznik nr 2*
5. *imienny wykaz lekarzy, którzy będą świadczyli usługi po godzinach ordynacji w Oddziałach w ramach oferty wraz ze wskazaniem ich kwalifikacji zawodowych, wykaz musi być zatwierdzony przez Ordynatorów Oddziałów SPSK-M – załączniki nr 3a - 3i*
6. *ofertę cenową – załącznik nr 4*
7. *kopię polisy OC na rok 2011 lub oświadczenie – załącznik nr 5*

Wszystkie kserokopie i odpisy dokumentów wymienionych w punkcie VI muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną/osoby uprawnione do reprezentowania oferenta i opatrzone pieczęcią imienną identyfikującą tą osobę

Brak jakiegokolwiek z wyżej wymienionych dokumentów lub złożenie dokumentu w niewłaściwej formie (kopia dokumentu nie poświadczona za zgodność z oryginałem) spowoduje odrzucenie oferty

Wypis/odpis z właściwego rejestru albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, uważa się za aktualny, jeżeli został wystawiony nie wcześniej niż 6 (sześć) miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

Polisa OC:

- Oferent zobowiązany jest do złożenia kserokopii polisy OC na rok 2011 lub oświadczenia, że do 7 dni od daty podpisania przedmiotowej umowy dostarczy kopię polisy ubezpieczeniowej potwierdzającej objęcie ubezpieczeniem wykonywanie przez Oferenta przedmiotu umowy.

## **I. Informacje dotyczące warunków składania ofert:**

1. Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Wszystkie strony oferty powinny być spięte w sposób zapobiegający możliwości dekompletacji oferty.
4. Każda kartka oferty winna być opatrzona kolejnym numerem.
5. Wszelkie poprawki w tekście oferty muszą być datowane i parafowane własnoręcznie przez osobę uprawnioną/osoby uprawnione do reprezentowania oferenta.
6. Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
7. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie w sposób uniemożliwiający jej przypadkowe otwarcie.
8. Oferta powinna zostać umieszczona w dwóch zamkniętych kopertach oznakowanych w następujący sposób:

### **a) koperta zewnętrzna:**

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ul. Francuska 20-24, 40-027 Katowice  
Oferta w trybie konkursu ofert na zapewnienie opieki medycznej dla pacjentów hospitalizowanych po godzinach ordynacji, nie otwierać przed dniem 21.12.2010r

### **b) koperta wewnętrzna:**

Nazwa i adres oferenta

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego  
Uniwersytetu Medycznego ul. Francuska 20-24 , 40-027 Katowice  
Oferta w trybie konkursu ofert na zapewnienie opieki medycznej dla pacjentów  
hospitalizowanych po godzinach ordynacji.

**Osobą upoważnioną do kontaktu z Oferentami jest:**

- w sprawach przedmiotu zamówienia – Magdalena Bańkowska - tel. 259-16-62
- w sprawach formalno-prawnych - Barbara Huchro – tel 259-16-68

**II. Miejsce i termin składania ofert:**

1. Oferty można składać w siedzibie zamawiającego w pokoju Nr 14 w terminie **do dnia 21.12.2010r do godz 9.00**
2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez rozpatrywania.

**III. Miejsce i termin otwarcia ofert:**

1. Oferty zostaną otwarte w siedzibie zamawiającego w pokoju Nr 6 – salka konferencyjna **w dniu 21.12.2010r o godz 9.30**
2. Oferenci mogą uczestniczyć w publicznej sesji otwarcia ofert.

**IV. Sposób obliczenia ceny ofert:**

1. Oferta musi zawierać ostateczną, sumaryczną cenę obejmującą wszystkie koszty z uwzględnieniem podatku VAT
2. Cena musi być podana w złotych polskich cyfrowo i słownie, do drugiego miejsca po przecinku.

**V. Ocena ofert:**

1. Oceny ofert będzie dokonywała Komisja.
2. W odniesieniu do oferentów, którzy spełnili postawione warunki Komisja dokona oceny ofert na podstawie następujących kryteriów:  
Za dyżur lekarzy wszystkich specjalizacji z wyjątkiem anestezjologów. Za ofertę najkorzystniejszą uzna się ofertę z najniższymi cenami za dyżur

**VI. Skargi i protesty**

Oferentowi przysługują środki odwoławcze zgodnie z § 16 i § 17  
Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w  
sprawie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne ( Dz. U. Nr  
93 poz. 592 )

**VII. Istotne warunki umowy:**

Umowa o wykonanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta zgodnie z  
Załącznikiem Nr. 6

Przestrzeganie Dyrektywy 2003/88 WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 4.11.2003r dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy oraz Kodeksu Pracy w kwestii zapewnienia odpowiedniego dobowego odpoczynku.

**VIII. Uprawnienia Zamawiającego:**

Zamawiający zastrzega prawo unieważnienia konkursu bez podania przyczyny oraz jego zakończenia bez wyboru oferty, w szczególności w przypadku jeżeli cena oferty Wykonawcy jaki miałby zostać wybrany w wyniku postępowania przewyższałaby wartość środków przeznaczonych przez Zamawiającego na realizację świadczeń.

**IX Rozstrzygnięcie konkursu**

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w dniu **23.12.2010r o godz 10.00**

**zatwierdzam**

**Przewodniczący Komisji Konkursowej  
lek.med. Iwona Rakoczy**

*załącznik nr 1*

## **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że z pełną starannością zapoznaliśmy ze specyfikacją warunków konkursowych zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnosimy żadnych uwag oraz podpiszemy umowę na warunkach określonych w *Załączniku Nr 6*

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

.....  
*podpis i pieczęć osoby/osób wskazanych w dokumencie,  
uprawnionej/uprawnionych do występowania w obrocie  
prawnym, reprezentowania Oferenta i składania oświadczeń  
woli w jego imieniu.*

załącznik nr 2

DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

.....  
(pełna nazwa oferenta)  
.....

.....  
(kod pocztowy)

.....  
(miejsowość)

.....  
(telefon)

.....  
(fax)

.....  
(NIP)  
ewidencji działalności gospodarczej

.....  
(REGON)

.....  
(numer wpisu do  
rejstru sądowego lub

.....  
(nazwa banku oferenta)

.....  
(numer konta bankowego)

.....  
(imię i nazwisko kierownika jednostki)

.....  
(numer telefonu)

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

.....  
podpis i pieczęć osoby/osób wskazanych w dokumencie,  
uprawnionej/uprawnionych do występowania w obrocie  
prawnym, reprezentowania Oferenta i składania oświadczeń  
woli w jego imieniu.

*IMIENNY WYKAZ LEKARZY, KTÓRZY BĘDĄ ŚWIADCZYLI USŁUGI PO  
GODZINACH ORDYNACJI W ODDZIALE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I  
CHEMIOTERAPII ONKOLOGICZNEJ*

<i>Lp.</i>	<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Pesel</i>	<i>Kwalifikacje</i>	<i>Nr prawa wykonywania zawodu</i>

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

.....  
*podpis i pieczęć osoby/osób wskazanych w dokumencie,  
uprawnionej/uprawnionych do występowania w obrocie  
prawnym, reprezentowania Oferenta i składania oświadczeń  
woli w jego imieniu.*

*Pieczęć i podpis Ordynatora Oddziału:*

*IMIENNY WYKAZ LEKARZY, KTÓRZY BĘDĄ ŚWIADCZYLI USŁUGI PO  
GODZINACH ORDYNACJI W ODDZIALE HEMATOLOGII I TRANSPLANTACJI  
SZPIKU*

<i>Lp.</i>	<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Pesel</i>	<i>Kwalifikacje</i>	<i>Nr prawa wykonywania zawodu</i>

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

.....  
*podpis i pieczęć osoby/osób wskazanych w dokumencie,  
uprawnionej/uprawnionych do występowania w obrocie  
prawnym, reprezentowania Oferenta i składania oświadczeń  
woli w jego imieniu.*

*Pieczęć i podpis Ordynatora Oddziału*

*IMIENNY WYKAZ LEKARZY, KTÓRZY BĘDĄ ŚWIADCZYLI USŁUGI PO  
GODZINACH ORDYNACJI W ODDZIALE NEFROLOGII, ENDOKRYNOLOGII  
I CHOROÓB PRZEMIANY MATERII*

<i>Lp.</i>	<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Pesel</i>	<i>Kwalifikacje</i>	<i>Nr prawa wykonywania zawodu</i>

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

.....  
*podpis i pieczęć osoby/osób wskazanych w dokumencie,  
uprawnionej/uprawnionych do występowania w obrocie  
prawnym, reprezentowania Oferenta i składania oświadczeń  
woli w jego imieniu.*

*Pieczęć i podpis Ordynatora Oddziału*

*IMIENNY WYKAZ LEKARZY, KTÓRZY BĘDĄ ŚWIADCZYLI USŁUGI PO  
GODZINACH ORDYNACJI W ODDZIALE LARYNGOLOGII*

<i>Lp.</i>	<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Pesel</i>	<i>Kwalifikacje</i>	<i>Nr prawa wykonywania zawodu</i>

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

.....  
*podpis i pieczęć osoby/osób wskazanych w dokumencie,  
uprawnionej/uprawnionych do występowania w obrocie  
prawnym, reprezentowania Oferenta i składania oświadczeń  
woli w jego imieniu.*

*Pieczęć i podpis Ordynatora Oddziału*

*IMIENNY WYKAZ LEKARZY, KTÓRZY BĘDĄ ŚWIADCZYLI USŁUGI PO  
GODZINACH ORDYNACJI W ODDZIALE CHIRURGII OGÓLNEJ, NACZYNIOWEJ  
I TRANSPLANTACYJNEJ*

<i>Lp.</i>	<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Pesel</i>	<i>Kwalifikacje</i>	<i>Nr prawa wykonywania zawodu</i>

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

.....  
*podpis i pieczęć osoby/osób wskazanych w dokumencie,  
uprawnionej/uprawnionych do występowania w obrocie  
prawnym, reprezentowania Oferenta i składania oświadczeń  
woli w jego imieniu.*

*Pieczęć i podpis Ordynatora Oddziału*

*IMIENNY WYKAZ LEKARZY, KTÓRZY BĘDĄ ŚWIADCZYLI USŁUGI PO  
GODZINACH ORDYNACJI W ODDZIALE CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ*

<i>Lp.</i>	<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Pesel</i>	<i>Kwalifikacje</i>	<i>Nr prawa wykonywania zawodu</i>

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

.....  
*podpis i pieczęć osoby/osób wskazanych w dokumencie,  
uprawnionej/uprawnionych do występowania w obrocie  
prawnym, reprezentowania Oferenta i składania oświadczeń  
woli w jego imieniu.*

*Pieczęć i podpis Ordynatora Oddziału*

**IMIENNY WYKAZ LEKARZY, KTÓRZY BĘDĄ ŚWIADCZYLI USŁUGI PO  
GODZINACH ORDYNACJI W ODDZIALE DERMATOLOGII**

<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Pesel</b>	<b>Kwalifikacje</b>	<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>

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

.....  
**podpis i pieczęć osoby/osób wskazanych w dokumencie,  
uprawnionej/uprawnionych do występowania w obrocie  
prawnym, reprezentowania Oferenta i składania oświadczeń  
woli w jego imieniu.**

**Pieczęć i podpis Ordynatora Oddziału**

*IMIENNY WYKAZ LEKARZY, KTÓRZY BĘDĄ ŚWIADCZYLI USŁUGI PO  
GODZINACH ORDYNACJI W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ  
TERAPII*

<i>Lp.</i>	<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Pesel</i>	<i>Kwalifikacje</i>	<i>Nr prawa wykonywania zawodu</i>

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

.....  
*podpis i pieczęć osoby/osób wskazanych w dokumencie,  
uprawnionej/uprawnionych do występowania w obrocie  
prawnym, reprezentowania Oferenta i składania oświadczeń  
woli w jego imieniu.*

*Pieczęć i podpis Ordynatora Oddziału*

*IMIENNY WYKAZ LEKARZY, KTÓRZY BĘDĄ ŚWIADCZYLI USŁUGI PO  
GODZINACH ORDYNACJI NA STACJI DIALIZ*

<i>Lp.</i>	<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Pesel</i>	<i>Kwalifikacje</i>	<i>Nr prawa wykonywania zawodu</i>

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

.....  
*podpis i pieczęć osoby/osób wskazanych w dokumencie,  
uprawnionej/uprawnionych do występowania w obrocie  
prawnym, reprezentowania Oferenta i składania oświadczeń  
woli w jego imieniu.*

*Pieczęć i podpis Ordynatora Oddziału*

## OFERTA CENOWA

<b>Stopień specjalizacji lekarzy</b>	<b>Stawka wynagrodzenia brutto za 1 dyżur lekarza w 2011r</b>
--	---

	dni robocze - lekarze	dni robocze – lekarze anestezjodzy	Soboty, niedziele, święta -lekarze	Soboty, niedziele, święta– lekarze anestezjodzy
	1	2	3	4
lekarze posiadający I i/lub II stopień specjalizacji oraz lekarze bez specjalizacji				
Razem				

Ogółem brutto ( poz. 1+2+3+4 ):

Słownie ; .....

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

.....  
*podpis i pieczęć osoby/osób wskazanych w dokumencie,  
uprawnionej/uprawnionych do występowania w obrocie  
prawnym, reprezentowania Oferenta i składania oświadczeń  
woli w jego imieniu.*

## OŚWIADCZENIE

Działając w imieniu .....

.....

oświadczam, że kopia polisy ubezpieczeniowej na rok 2011, potwierdzająca objęcie ubezpieczeniem przedmiotu konkursu zostanie dostarczona przez nasz zakład w ciągu 7 dni od daty podpisania umowy.

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

.....

*podpis i pieczęć osoby/osób wskazanych w dokumencie,  
uprawnionej/uprawnionych do występowania w obrocie  
prawnym, reprezentowania Oferenta i składania oświadczeń  
woli w jego imieniu.*

**UMOWA**  
**o udzielanie świadczeń zdrowotnych po godzinach ordynacji**

zawarta w dniu ..... r. w Katowicach pomiędzy:  
Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego  
Uniwersytetu Medycznego w Katowicach z siedzibą w Katowicach przy ul. Francuskiej  
20-24

KRS- 0000043369

NIP – 954-22-70-611

reprezentowanym przez :

Dyrektora - dr n.med. Włodzimierz Dziubdziela

Głównego Księgowego - mgr Ewa Mołek

KRS: 0000043369

REGON:000289070

zwanym dalej Szpitalem lub SP SKM

a

.....  
zwanym dalej Zleceniobiorcą

§ 1

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się w okresie trwania umowy do zapewnienia właściwej obsady lekarskiej dla sprawowania opieki medycznej nad pacjentami poza godzinami ordynacji tj. w godz. 14.35 – 7.00 w dni powszednie, 7.00 – 7.00 dnia następnego w soboty, niedzielę i święta

1. Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej- 1 lekarz

2. Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku – 2 lekarzy

3. Oddział Nefrologii, Endokrynologii i Chorób Przemiany Materii oraz  
Stacji Dializ Pozaustrojowych – 2 lekarzy w dni powszednie, 2 lekarzy w sobotę,

niedzielę i święta

4. Oddział Laryngologii- 1 lekarz, 1 lekarz pod telefonem w sobotę, niedzielę i święta

5. Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej- 1 lekarz i 2  
lekarzy pod telefonem w każdy dzień

6. Oddział Chirurgii Szcękowo-Twarzowej – 1 lekarz codziennie, 2 co drugi  
dzień

7. Oddział Dermatologii- 1 lekarz

8. Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii- 2 lekarzy

zgodnie ze złożoną ofertą , która jest integralną częścią umowy i

zgodnie z planem opieki opracowanym przez Zleceniobiorcę na podstawie imiennych wykazów lekarzy świadczących usługi po godzinach ordynacji załączonych do oferty Zleceniobiorcy i zatwierdzonych przez Ordynatorów Oddziałów SP SKM.

Ilość pacjentów w stosunku do których udzielane będą świadczenia medyczne będzie wynikiem kontraktu zawartego przez SP SKM z NFZ i na dzień zawarcia niniejszej umowy

jest trudna do określenia. Rejestracji i przyjęć pacjentów będzie dokonywać we własnym zakresie Szpital.

2. W razie zmian osobowych w wykazach wym. w pkt-cie 1 Zleceniobiorca zobowiązuje się do uzupełnienia wykazu lekarzy wykonujących w jego imieniu niniejszą umowę oraz ich przedłożenia do zatwierdzenia przez Ordynatorów Oddziałów SP SKM.

3. W okresie obowiązywania niniejszej umowy Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność za zapewnienie kompleksowej opieki nad pacjentami zgodnie z zapisem § 1 pkt 1 umowy.

4. Świadczeń zdrowotnych objętych umową będzie udzielać nie mniej niż 50 osób.

## § 2

Zleceniobiorca oświadcza, że opiekę nad pacjentami po godzinach ordynacji powierza osobom o odpowiednich uprawnieniach zawodowych i kwalifikacjach.

## § 3

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania Regulaminu Porządkowego i Organizacyjnego obowiązujące w SP SKM
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przygotowania dla osób realizujących przedmiot umowy upoważnień do dokonywania wpisów w dokumentacji medycznej pacjentów.

## § 4

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz zarządzeniami obowiązującymi u Zamawiającego, w tym w szczególności zasadami określonymi w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania.
2. Szpital zobowiązuje się nieodpłatnie udostępnić urządzenia, środki i materiały dla celów prowadzenia dokumentacji wymienionej w ustępie 1 niniejszego paragrafu. Obejmuje to także dostęp i serwis systemu informatycznego Szpitala.
3. Zleceniobiorca oświadcza, że znane mu są i zobowiązany jest w trakcie realizacji przedmiotu umowy stosować obowiązujące w tym zakresie przepisy powszechnie obowiązujące, w tym również wydane przez Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.
4. Szpital zobowiązuje się udostępnić Przyjmującemu dane osobowe i dane o stanie zdrowia pacjentów Szpitala.
5. Zleceniobiorca ponadto obowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Szpitala o wszystkich zdarzeniach, które mogą wpłynąć na realizację przez niego przedmiotu Umowy.

## § 5

1. Zleceniobiorca ponosi pełną odpowiedzialność za wykonanie usług objętych niniejszą umową.
2. Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność za swoje działania i osób, którymi będzie się posługiwał przy wykonywaniu przedmiotu umowy, w zakresie odpowiedzialności cywilnej z art. 415 k. c. i następne, zawodowej, dyscyplinarnej, karnej i porządkowej z tytułu szkód wyrządzonych pacjentom, jak również ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez Zleceniobiorcę będącą

skutkiem błędów w sztuce medycznej, niedbalstwa lub rażącego zaniedbania Zleceniobiorcy lub osób którymi będzie się posługiwał przy wykonywaniu umowy.

#### § 6

Zleceniobiorca ponosi odpowiedzialność majątkową za wykorzystywany w czasie opieki nad pacjentami po godzinach ordynacji sprzęt i aparaturę medyczną stanowiącą własność Szpitala, który znajduje się na oddziale - tylko za szkody wyrządzone z winy umyślnej.

#### § 7

1. Zleceniobiorca otrzyma należność za świadczenia wymienione w § 1 zgodnie z cenami za 1 dyżur lekarza po godzinach ordynacji przedstawionymi w załączniku nr 4
2. Należność za świadczenie usług zdrowotnych przez lekarzy w ramach dyżuru „pod telefonem” w Oddziałach Szpitala zgodnie z zapisami § 1 umowy, Zleceniobiorca otrzymam w wysokości 50% stawki wynagrodzenia jak za dyżur stacjonarny pełniony przez lekarza w danym dniu w tym samym Oddziale. W przypadku wezwania płatny będzie czas efektywnej pracy zgodnie ze stawką dyżuru odpowiednio w dni powszednie lub soboty, niedziele i święta przy czym czas efektywnej pracy uznaje się czas znieczulenia pacjenta do którego lekarz pełniący dyżur pod telefonem był wezwany powiększony o 1 godz ( w tym 30 min na przygotowanie się lekarza do wykonania świadczenia zdrowotnego i 30 min na uzupełnienie dokumentacji po wykonaniu świadczenia). Wykonanie świadczenia zdrowotnego przez lekarza określające datę musi być odnotowane w dokumentacji medycznej znajdującej się na odpowiednim bloku operacyjnym danego Oddziału co będzie stanowiło podstawę do naliczenia i wypłaty wynagrodzenia.
3. W przypadku zwiększenia wartościowego lub ilościowego kontraktu na udzielanie świadczeń medycznych Szpitala z Narodowym Funduszem Zdrowia , które poniesie za sobą zwiększenia środków przeznaczonych w planie finansowym na realizację niniejszej umowy Zamawiającego, strony przewidują możliwość renegotjacji kwoty umownej za świadczenie usług.

#### § 8

1. Zapłata należności nastąpi na podstawie wystawionej przez Zleceniobiorcę faktury po zakończeniu miesiąca kalendarzowego.
2. Integralną część faktury stanowi miesięczne zestawienie godzin potwierdzone przez Ordynatora Oddziału SPSK-M
3. Szpital dokona zapłaty faktury w ciągu 14 dni od jej otrzymania na konto .....

#### § 9

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony od 01.01.2011 r. do 31.12.2011r.
2. Strony mogą rozwiązać niniejszą umowę za trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia.
3. Szpital ma prawo do rozwiązania niniejszej umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy Zleceniobiorca:
  - dopuści się rażącego naruszenia obowiązków wynikających z postanowień niniejszej umowy,

- zmniejszy ilość lekarzy wykonujących świadczenia objęte umową poniżej liczby określonej w §1 ust. 4
- 4. Umowa wygasa w przypadku likwidacji Szpitala w trybie określonym ustawą o zakładach opieki zdrowotnej.
- 5. Umowa może zostać rozwiązana w drodze porozumienia stron.
- 6. Zleceniobiorca przedłoży w terminie do 7 dni od daty podpisania przedmiotowej umowy kopię polisy ubezpieczeniowej potwierdzającej objęcie ubezpieczeniem wykonywanie przez Zleceniobiorcę przedmiotu umowy w roku 2011. W przypadku nie przedłożenia polisy o której mowa w terminie SPSK im. A.Mięckiego SUM ma prawo rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia.

#### §10

Zleceniobiorca wyraża zgodę na poddanie się kontroli przez Szpital lub Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wykonywanych świadczeń na rzecz Szpitala..

#### § 11

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Przyjmujący obowiązany jest do powiadomienia Szpitala o wszelkich zmianach danych dotyczących wpisów do odpowiednich rejestrów i ewidencji w terminie 14 dni od dnia ich wystąpienia oraz przedkładania Szpitalowi wypisów lub odpisów obejmujących zmienione dane.
3. Wszelka korespondencja kierowana będzie na adresy podane w niniejszej umowie jako siedziby Stron. W przypadku zmiany jakichkolwiek danych adresowych, każda ze stron obowiązana jest do niezwłocznego powiadomienia drugiej strony, w terminie nie dłuższym niż 14 dni, pod rygorem uznania iż doręczenia dokonywane na ostatni podany przez Stronę adres są skuteczne.

#### § 12

W sprawach nie unormowanych w niniejszej umowie mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13.07.1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne ( Dz. U. Nr 93, poz. 592 ) oraz ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30.08.1991 r. (Dz.U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm. )

#### § 13

Do rozstrzygnięcia sporów wynikłych ze stosowania niniejszej umowy właściwym jest Sąd dla siedziby Szpitala

#### § 14

Umowę sporządzono w 4 jednobrzmiących egzemplarzach z przeznaczeniem 1 egzemplarza dla Zleceniobiorcy oraz 3 egzemplarzy dla Szpitala.

Zleceniobiorca :

Szpital