

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny
im. Andrzeja Mielęckiego 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 Szczękowo-Twarzowej
7. Oddziale Dermatologii
8. Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz
9. wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki obrazowej: tomografia komputerowa (TK) oraz rezonans magnetyczny (MR) w Zakładzie Radiologii

w terminie: od 1.01.2012 r. do 30.06.2013 r.

KATOWICE, 2011

Katowice, 24.11.2011 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, tj. od 14.35 do 7.00 dnia następnego w dni robocze, a w sobotę, niedzielę i święta od 7.00 do 7.00 dnia następnego 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,
 5. Oddziale Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej- 1 lekarz codziennie, 2 lekarzy pod telefonem każdego dnia
 6. Oddziale Chirurgii Szczękowo-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
 9. wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki obrazowej: tomografia komputerowa (TK) oraz rezonans magnetyczny (MR) w Zakładzie Radiologii w godzinach od 15.00 każdego dnia roboczego do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta od godziny 8.00 do 8.00 dnia następnego przez 1 lekarza i 1 technika elektroradiologii i 1 pielęgniarkę
- Nie dopuszcza się składania ofert częściowych

Wymagany termin realizacji:

Od 1 stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2013 r.

IV. Wymagania od oferentów:

do konkursu mogą przystąpić oferenci:

- a. *którzy zapewnią wykonywanie świadczeń z zakresu TK i RM, zatrudniający personel medyczny o wymaganych kwalifikacjach tj. lekarz posiadający specjalizację z radiologii, pielęgniarka przeszkolona do obsługi strzykawki automatycznej, technik elektroradiologii posiadający doświadczenie w wykonywaniu badań TK i RM na sprzęcie opisanym w Załączniku nr 6*
- b. *którzy zapewnią opiekę medyczną poza godzinami ordynacji dla wszystkich wymienionych oddziałów przez osoby posiadające niżej wymienione kwalifikacje:*

- Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej – lekarz ze specjalizacją z onkologii klinicznej lub endokrynologii lub chorób wewnętrznych
 - Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku- lekarz ze specjalizacją z hematologii lub transplantologii lub chorób wewnętrznych
 - Oddział Nefrologii, Endokrynologii i Chorób Przemiany Materii oraz Stacja Dializ Pozaustrojowych- lekarz ze specjalizacją z nefrologii lub endokrynologii lub transplantologii klinicznej lub hipertensjologii lub angiologii lub chorób wewnętrznych
 - Oddział Laryngologii - lekarz ze specjalizacją z otorynolaryngologii lub audiologii lub foniatrii
 - Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej- lekarz ze specjalizacją z chirurgii onkologicznej lub transplantologii klinicznej lub angiologii lub chirurgii naczyniowej lub chirurgii ogólnej
 - Oddział Chirurgii Szczękowo – Twarzowej - lekarz ze specjalizacją z chirurgii stomatologicznej lub chirurgii szczękowo – twarzowej
 - Oddział Dermatologii - lekarz ze specjalizacją z dermatologii
 - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii- lekarz ze specjalizacją z anestezjologii
(na Oddziałach na których dyżury są w obsadzie dwuosobowej dopuszczalne jest pełnienie dyżuru przez jedną osobę w trakcie specjalizacji w danej dziedzinie)
- 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, wzorem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń - załącznik nr 1*
2. *aktualny odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej*
3. *oświadczenie o danych identyfikacyjnych oferenta - załącznik nr 2*
4. *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 - 3j*
5. *ofertę cenową – załącznik nr 4a i 4b*
6. *oświadczenie – załącznik nr 5*
7. *oświadczenie – załącznik nr 6*

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 pieczętką imienną identyfikującą tą osobę

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.

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:

Opis koperty:

„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 oraz wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki obrazowej TK i MR nie otwierać przed dniem” Ponadto na kopercie musi być podana nazwa i adres oferenta.

Osobą upoważnioną do kontaktu z Oferentami jest:

- w sprawach przedmiotu zamówienia – Magdalena Bańkowska - tel. 259-16-60
- w sprawach formalno-prawnych - Marcin Prasałek – tel 259 16 62

II. Miejsce i termin składania ofert:

1. Oferty można składać w siedzibie zamawiającego w pokoju Nr 12 w terminie **do dnia 2 grudnia 2011r. do godz 9.00**
2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona bez otwierania.

III. Miejsce i termin otwarcia ofert:

1. Oferty zostaną otwarte w siedzibie zamawiającego w pokoju Nr 12 **w dniu 2 grudnia 2011r. 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 powołana przez Dyrektora Szpitala.
2. W odniesieniu do oferentów, którzy spełnili postawione warunki Komisja dokona oceny ofert na podstawie następujących kryteriów: cena 100 %
Za ofertę najkorzystniejszą uzna się ofertę z najniższą ceną za cały okres trwania umowy.

VI. Skargi i protesty

Oferentowi przysługują środki odwoławcze zgodnie z art 153 i art 154 ustawy z 27.04.2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210 poz. 2135)

VII. Istotne warunki umowy:

Umowa o wykonanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta zgodnie z Załącznikiem Nr. 7

Oferent zobowiązuje się do przestrzegania 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 6 grudnia 2011r. o **godz 10.00**

zatwierdzam

Przewodniczący Komisji Konkursowej

lek.med. Iwona Rakoczy

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.*

DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

.....
(pełna nazwa oferenta)
.....

.....
(kod pocztowy)

.....
(miejscowość)

.....
(telefon)

.....
(fax)

.....
(NIP)

.....
(REGON)

.....
(numer wpisu do
rejestru sądowego lub
ewidencji działalności gospodarczej)

.....
(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 CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I
CHEMIOTERAPII ONKOLOGICZNEJ**

Lp.	Imię i nazwisko	Pesel	Kwalifikacje	Nr prawa wykonywania zawodu

....., 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**

Lp.	Imię i nazwisko	Pesel	Kwalifikacje	Nr prawa wykonywania zawodu

....., 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 CHORÓB 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**

Lp.	Imię i nazwisko	Pesel	Kwalifikacje	Nr prawa wykonywania zawodu

....., 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**

Lp.	Imię i nazwisko	Pesel	Kwalifikacje	Nr prawa wykonywania zawodu

....., 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*

<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 ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ
TERAPII**

Lp.	Imię i nazwisko	Pesel	Kwalifikacje	Nr prawa wykonywania zawodu

....., 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

załącznik nr 3i

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

Lp.	Imię i nazwisko	Pesel	Kwalifikacje	Nr prawa wykonywania zawodu

....., 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 PERSONELU MEDYCZNEGO, KTÓRY BĘDZIE WYKONYWAĆ
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKŁADZIE RADIOLOGII*

<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 Kierownika Zakładu Radiologii

OFERTA CENOWA

Stawka wynagrodzenia brutto za 1 godzinę dyżuru lekarza w okresie trwania umowy
--

	Lekarze I/II st specj.- dni robocze (dyż. 16 godz 25 min)	Lekarze anesteziolodzy- dni robocze (dyż. 16 godz 25 min)	Lekarze I/II st specj.- soboty, niedz. i święta (dyż. 24 godz)	Lekarze anesteziolodzy – soboty, niedz.i święta (dyż. 24 godz)
Godzinowa stawka wynagrodzenia brutto lekarza				
Ilość godzin dyżurowych				
Iloczyn stawki godzinowej i ilości godzin dyżurowych w okresie umowy				

.....
*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 4b

	Lekarz I/II st.specj.- dni robocze (dyżur 17 godz)	Technik elektoradiologii- dni robocze (dyżur 17 godz)	Pielęgniarka- dni robocze (dyżur 17 godz)	LekarzI/II st.specj.- sobota, niedz, święta (dyżur 24 godz)	Technik elektoradiologii- sobota, niedz, święta (dyżur 24 godz)	Pielęgniarka- sobota, niedz, święta (dyżur 24 godz)
Godzinowa stawka wynagrodzenia brutto						
Ilość godzin dyżurowych						
Iloczyn stawki godzinowej brutto i ilości godzin dyżurowych w okresie 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.*

OŚWIADCZENIE

Działając w imieniu

.....

oświadczam, że kopia polisy ubezpieczeniowej na rok 2012, potwierdzająca objęcie ubezpieczeniem przedmiotu konkursu zostanie dostarczona przez nasz zakład w ciągu 7 dni od daty podpisania umowy.

Oświadczam, że zakład będzie posiadał ubezpieczenie OC w roku 2013.

....., 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 6

OŚWIADCZENIA:

- . Oświadczam, że personel medyczny posiada umiejętności obsługi sprzętu medycznego :
- rezonansu magnetycznego typ MRT-1503/W3 (EXCELART VANTAGE ATLAS - X
 - tomografu komputerowego wielorzędowego AQUILION 64 wyposażonego w automatyczny wstrzykiwacz kontrastu firmy Medrad, systemy PACS/RIS i cyfrowej radiografii,

....., 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, 40 - 027 Katowice.

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 SK im. A. Mielęckiego SUM w Katowicach

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,

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 SPSK im. A.

Mielęckiego SUM w Katowicach,

oraz do wykonywania na rzecz Zamawiającego świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki obrazowej TK i MR w szczególności:

- nadzór lekarski nad wykonywaniem badań TK i MR,
- wykonywanie badań TK i MR,
- rejestracja pacjentów przed badaniem,

- opis zdjęć TK i MR,
 - opieka pielęgniarska nad pacjentem w trakcie i po wykonaniu badań TK i MR
 - obsługa strzykawki automatycznej.
- Świadczenia wykonywane będą w Zakładzie Radiologii przez: 1 lekarza i 1 technika elektroradiologii i 1 pielęgniarkę w godzinach od 15.00 każdego dnia roboczego do godz 8.00 dnia następnego, a w soboty, niedziele i święta od 8.00 do 8.00 dnia następnego zgodnie z harmonogramem opracowanym przez Wykonawcę i zatwierdzonym przez Kierownika Radiologii.

Ilość pacjentów w stosunku do których udzielane będą świadczenia medyczne będzie wynikiem kontraktu zawartego przez SPSK im. A. Mielęckiego SUM w Katowicach 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 SPSK im. A. Mielęckiego SUM w Katowicach, a w przypadku Zakładu Radiologii zmian osobowych lekarzy, techników elektroradiologii oraz pielęgniarek i przedłożenia do zatwierdzenia dla Kierownika Zakładu Radiologii

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 60 osób.

§ 2

Zleceniobiorca oświadcza, że opiekę nad pacjentami po godzinach ordynacji powierza osobom o odpowiednich uprawnieniach zawodowych i kwalifikacjach dotyczy to również Zakładu Radiologii

§3

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przestrzegania Regulaminu Organizacyjnego obowiązującego w SPSK im. A. Mielęckiego SUM w Katowicach
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. Zlecenioborca ponadto obowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Szpitala o wszystkich zdarzeniach, które mogą wpłynąć na realizację przez niego przedmiotu Umowy.

§ 5

1. Zlecenioborca ponosi pełną odpowiedzialność za wykonanie usług objętych niniejszą umową.
2. Zlecenioborca 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 Zlecenioborcę będącą skutkiem błędów w sztuce medycznej, niedbalstwa lub rażącego zaniedbania Zleceniobiorcy lub osób którymi będzie się posługiwał przy wykonywaniu umowy.

§ 6

Zlecenioborca 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 dotyczy to również Zakładu Radiologii.

§ 7

1. Zlecenioborca otrzyma należność za świadczenia wymienione w § 1 zgodnie z cenami za 1 dyżur lekarza po godzinach ordynacji przedstawionymi w załączniku nr 4a, dla Zakładu Radiologii w załączniku 4b
2. Należność za świadczenie usług zdrowotnych przez lekarzy w ramach dyżuru „pod telefonem” w Oddziałach Szpitala zgodnie z zapisami § 1 umowy, Zlecenioborca 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 im. A. Mielęckiego SUM w Katowicach, zestawienie dotyczące Zakładu Radiologii podpisuje Kierownik Zakładu Radiologii
3. Szpital dokona zapłaty faktury w ciągu 14 dni od jej otrzymania na konto
.....

§ 9

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony od 01.01.2012 r. do 30.06.2013r.
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 2012. W przypadku nie przedłożenia polisy o której mowa w terminie SPSK im. A.Mięckiego SUM w Katowicach 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 oraz ustawy o działalności leczniczej z 15.04.2011r (Dz. U.nr 112 poz.654)

§ 13

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

§ 14

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

Zleceniobiorca :

Szpital