

# **SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT** **ogłoszonego w dniu 13.10.2021 r.**

*oraz informacje o przedmiocie konkursu ofert poprzedzającego zawarcie umowy  
na świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania*

**usług w zakresie opisu badań Tomografem Komputerowym oraz RTG  
w systemie teleradiologicznym**

*na rzecz*

***Regionalnego Szpitala  
78-100 Kołobrzeg, ul. Łopuskiego 31-33***

  
*Dyrektor  
Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu  
mgr Małgorzata Grubecka*

## OPIS PRZEDMIOTU KONKURSU

### § 1

1. Postępowanie konkursowe przeprowadzone zostaje zgodnie z zasadami określonymi w Ustawie o działalności leczniczej (Dz.U.2021.711 t.j. z późn. zm.) oraz w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2021.1285 t.j.).
2. Szczegółowe warunki konkursu ofert, zwane dalej „*szczegółowymi warunkami*”, określają wymagania stawiane Oferentom, tryb składania ofert, sposób przeprowadzenia konkursu, zgłaszania i rozpatrywania skarg i protestów związanych z tymi czynnościami oraz warunki realizacji zadania.
3. Oferent w celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty winien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w szczegółowych warunkach.  
Wszelka korespondencja do Zamawiającego powinna być kierowana przez oferentów na adres korespondencyjny: Regionalny Szpital ul. Łopuskiego 31-33, 78-100 Kołobrzeg.

### § 2

1. Przedmiotem konkursu jest świadczenie usług medycznych na rzecz Regionalnego Szpitala z siedzibą w Kołobrzegu zwanym dalej „*Zamawiającym*”, obejmujących wykonywanie: usług w zakresie opisu badań Tomografem Komputerowym oraz RTG w systemie teleradiologicznym.  
Zakres usług szczegółowo określono w załączniku Nr 2
2. Szczegółowy opis przedmiotu konkursu, niezbędne wymagania stawiane oferentom zawiera ***Załącznik Nr 2 – opis przedmiotu konkursu.***
3. Przedmiot zamówienia, wykonywany będzie **wg aktualnych potrzeb** Zamawiającego.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo nie dokonania wyboru najkorzystniejszej oferty.
5. Informacje o przedmiocie konkursu ofert wraz ze wzorem umowy stanowią integralną część szczegółowych warunków.

## TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

### § 3

Termin realizacji zamówienia – od daty zawarcia umowy do 01.10.2025.

## WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO KONKURSU STAWIANE OFERENTOM oraz SPOSÓB PRZYGOTOWYWANIA OFERTY

### § 4

1. Warunkiem przystąpienia do konkursu jest złożenie Zamawiającemu oferty w formie pisemnej.
2. Oferent ma prawo złożyć tylko jedną ofertę.
3. Oferta powinna być sporządzona w języku polskim w sposób przejrzysty i czytelny oraz zawierać wszystkie wymagane formularze, dokumenty i oświadczenia - opieczetowane pieczęcią firmową oraz pieczęcią i podpisem osoby uprawnionej do reprezentacji Oferenta.
4. Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane, a oferta przygotowana w sposób zapobiegający możliwości zdekompletowania jej zawartości (kartki zszyte, zbindowane itp.).
5. Oferta winna zawierać spis żądanych, a składanych przez Oferentów formularzy, dokumentów i oświadczeń.
6. Oferentowi nie wolno dokonywać żadnych zmian w pobranych materiałach ofertowych.
7. Ofertę wraz z wymaganymi formularzami, dokumentami oraz oświadczeniami należy złożyć pod rygorem nieważności w zamkniętej kopercie, opisanej drukowanymi literami lub pismem maszynowym (komputerowym) w następujący sposób:  
pełna nazwa i adres Oferenta,

nazwa i adres Zamawiającego z informacją:

**„Oferta na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w konkursie ofert ogłoszonym  
dnia 13.10.2021 r.**

8. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

**§ 5**

1. Oferta winna zawierać:

- 1) Oświadczenia i formularze:

- a) **Załącznik Nr 1** - dane identyfikacyjne oferenta.
- b) **Załącznik Nr 2** - formularz ofertowo - cenowy + opis przedmiotu zamówienia
- c) **Załącznik Nr 3** - wykaz osób wykonujących przedmiot zamówienia i ich kwalifikacje.
- d) **Załącznik Nr 4** - oświadczenie oferenta.
- e) **Załącznik Nr 5** - wzór umowy.

- 2) Dokumenty:

- a) aktualny odpis z rejestru prowadzonego przez właściwy urząd wojewódzki,
- b) wypis odpowiednio z rejestru sądowego, izby lekarskiej albo 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.
- c) aktualna polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

2. Zamawiający dopuszcza dołączenie do oferty dodatkowych dokumentów i oświadczeń przez Oferenta oraz informacji mogących mieć zdaniem Oferenta, wpływ na merytoryczną wartość składanej oferty.

3. Dopuszcza się złożenie poświadczonych kserokopii dokumentów, o których mowa w § 5 ust.1.

4. Kserokopia dokumentów dla swojej ważności musi być potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentacji Oferenta zgodnie z dokumentami rejestrowymi – zawierając własnoręczny podpis poprzedzony adnotacją „za zgodność z oryginałem”, pieczęć imienną oraz firmową, datę i miejsce jej uwierzytelnienia.

**§ 6**

Oferent może wycofać ofertę całkowicie lub w celu wprowadzenia zmian przed upływem końcowego terminu składania ofert. Dokonać tych czynności może Oferent osobiście lub osoba przez niego pisemnie upoważniona. Fakt wycofania oferty musi być odnotowany przez Zamawiającego i potwierdzony przez oferenta lub osobę przez niego pisemnie upoważnioną.

**§ 7**

- 1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Zamawiający najpóźniej 5 dnia przed końcowym terminem składania ofert może zmienić lub zmodyfikować zawartość wymaganych oświadczeń i dokumentów składających się na ofertę.
- 2. O zmianie, modyfikacji, o której mowa w § 7 ust. 1, Zamawiający niezwłocznie powiadomi Oferentów zamieszczając stosowne informacje na stronie internetowej Zamawiającego lub zawiadomi każdego uczestnika postępowania konkursowego, który pobrał w siedzibie Zamawiającego materiały konkursowe.
- 3. W przypadku, gdy wymagana zmiana, modyfikacja dokumentów składających się na ofertę będzie istotna, Zamawiający może przedłużyć termin końcowy składania ofert.

## MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

### § 8

1. **Ofertę należy złożyć do dnia 21 października 2021 r. do godziny 08:30** w siedzibie Zamawiającego, tj. Regionalny Szpital ul. Łopuskiego 31-33, 78-100 Kołobrzeg, pokój nr 11 lub przesłać pocztą na adres Zamawiającego.
2. Za dotrzymanie terminu złożenia oferty uważa się te oferty które wpłynęły do Zamawiającego do dnia **21 października 2021 r. do godziny 08:30**.
3. Oferty złożone po terminie, wskazanym w § 8 ust.1 i ust 2, podlegają odrzuceniu.
4. **Otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji Konkursowej dnia 21 października 2021 r. o godzinie 09:00** w siedzibie Zamawiającego (Pokój nr 11).

### § 9

1. Oferent jest związany ofertą 30 dni, licząc od terminu określonego dla złożenia oferty.
2. Odrzuca się ofertę:
  - 1) złożoną po terminie;
  - 2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
  - 3) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
  - 5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
  - 6) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;
  - 7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez udzielającego zamówienie.
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. Udzielający zamówienia unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
  - 1) nie wpłynęła żadna oferta;
  - 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 5;
  - 3) odrzucono wszystkie oferty;
  - 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienie przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;
  - 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
5. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

### § 10

Po otwarciu ofert, złożone do konkursu oferty wraz ze wszystkimi załączonymi dokumentami nie podlegają zwrotowi. Oferent nie może po otwarciu ofert żądać zwrotu czy zmiany dokumentów będących częścią oferty.

## ROZSTRZYGNIĘCIE KONKURSU ORAZ POSTANOWIENIA POZOSTAŁE

### § 11

W celu przeprowadzenia konkursu ofert Zamawiający powołuje **Komisję Konkursową** w składzie, co najmniej 3 członków i wyznacza spośród nich przewodniczącego. Komisja ulega rozwiązaniu z chwilą dokonania rozstrzygnięcia konkursu.



## § 12

1. Konkurs ofert składa się z części jawnej i niejawnej.
2. **W części jawnej** konkursu ofert Komisja Konkursowa w obecności Oferentów:
  - 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
  - 2) otwiera koperty z ofertami i wpisuje do protokołu oferentów, którzy złożyli oferty.
3. **W części niejawnej** konkursu ofert Komisja Konkursowa:
  - 1) ustala, które z ofert spełniają warunki określone w szczegółowych warunkach konkursu,
  - 2) odrzuca oferty nieodpowiadające warunkom określonym w szczegółowych warunkach konkursu lub zgłoszone po wyznaczonym terminie
  - 3) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez Oferentów,
  - 4) wybiera najkorzystniejszą ofertę, albo nie przyjmuje żadnej z ofert,
  - 5) ogłasza oferentom, które oferty spełniają warunki określone w szczegółowych warunkach, a które zostały odrzucone.
4. Z przebiegu konkursu Komisja Konkursowa sporządza protokół.

## § 13

1. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, komisja ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania.
2. O rozstrzygnięciu konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert.
3. Ogłoszenia, o których mowa w ust. 1 i 2, zawierają nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres świadczeniodawcy, który został wybrany.
4. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie i komisja ulega rozwiązaniu.

## § 14

1. Świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez udzielającego zamówienia zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
  - 1) wybór trybu postępowania;
  - 2) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy;
  - 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

## § 15

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
5. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
6. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej udzielającego zamówienia.
7. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

## § 16

1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do udzielającego zamówienia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
2. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

## § 17

Zamawiający zawrze umowę z Oferentem, który złożył najkorzystniejszą ofertą, w terminie do 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.

## OPIS KRYTERIÓW ORAZ SPOSÓB DOKONYWANIA OCENY OFERT

### § 18

Oferta będzie oceniana pod względem:

- 1) formalnym tj. spełnienia warunków podanych w szczegółowych warunkach konkursu (wymagane formularze, dokumentacja i oświadczenia).
- 2) merytorycznym tj. wyboru najkorzystniejszej ceny oferty

#### **Cena 80%**

Punkty będą przeliczane wg wzoru:

Najniższa cena

\_\_\_\_\_ x 100 x 0,80

Cena badanej oferty

**Parametry techniczne 20%** - punkty za parametry techniczne będą przyznane na podstawie wypełnionego załącznika nr 6. Maksymalna ilość punktów do zdobycia wynosi 200 pkt. Punkty będą przeliczane wg wzoru:

Ilość punktów badanej oferty

\_\_\_\_\_ x 100 x 0,20

Największa ilość przyznanych punktów

**Oferta z największą liczbą punktów wg ww. kryteriów będzie uznana za najkorzystniejszą.**

## § 19

W sprawach nieuregulowanych Ustawą o działalności leczniczej i w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2021.1285 t.j.) oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

## § 20

1. Załączniki stanowiące integralną część szczegółowych warunków konkursu ofert:
  - 1) Załącznik Nr 1 - dane identyfikacyjne oferenta
  - 2) Załącznik Nr 2 - formularz ofertowo - cenowy + opis przedmiotu konkursu
  - 3) Załącznik Nr 3 - wykaz osób wykonujących przedmiot zamówienia i ich kwalifikacje
  - 4) Załącznik Nr 4 - oświadczenie oferenta
  - 5) Załącznik Nr 5 - wzór umowy (wypełniony i podpisany przez oferenta)
  - 6) Załącznik nr 6 – parametry techniczne
  - 7) Załącznik nr 7 – Schemat komunikacji
2. Osobami upoważnionymi do kontaktu z Oferentami są:
  - 1) strona formalna – Monika Derwisz tel. (94) 35 30 262.
  - 2) strona merytoryczna (przedmiot zamówienia) – Joanna Cyckiewicz tel. (94) 35 30 295.

**Załącznik Nr 1**

do Konkursu ofert ogłoszonego dnia 13.10.2021 r.  
na wykonywanie świadczeń zdrowotnych

na rzecz

Regionalnego Szpitala

ul. Łopuskiego 31-33, 78-100 Kołobrzeg

**Dane Identyfikacyjne Oferenta**

|                                                                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nazwa Oferenta                                                                                                |  |
| Nazwa skrócona:                                                                                               |  |
| Numer statystyczny GUS (REGON):                                                                               |  |
| Numer Identyfikacji Podatkowej:                                                                               |  |
| Województwo:                                                                                                  |  |
| Miejscowość:                                                                                                  |  |
| Gmina:                                                                                                        |  |
| Kod terytorialny wg GUS:                                                                                      |  |
| Ulica, nr lokalu                                                                                              |  |
| Telefon:                                                                                                      |  |
| FAX:                                                                                                          |  |
| e-mail:                                                                                                       |  |
| Kod pocztowy:                                                                                                 |  |
| Poczta:                                                                                                       |  |
| Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej                                                            |  |
| Numer wpisu do właściwego rejestru ( KRS /<br>wpis do ewidencji działalności gospodarczej )                   |  |
| Status Oferenta:                                                                                              |  |
| Nazwisko oraz funkcje osób reprezentujących<br>Oferenta, upoważnionych do podpisania umowy<br>z Zamawiającym: |  |

.....  
Miejscowość, data

.....  
pieczęć i podpis Oferenta

***Załącznik Nr 2***

do Konkursu ofert ogłoszonego dnia 13.10.2021 r.  
na wykonywanie świadczeń zdrowotnych

*na rzecz*

*Regionalnego Szpitala*

*ul. Łopuskiego 31-33, 78-100 Kołobrzeg*

**FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY**

Niniejszym składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych:  
**usługi w zakresie opisu badań Tomografem Komputerowym oraz RTG  
w systemie teleradiologicznym.**

.....

Miejscowość, data

.....

czytelny podpis osoby upoważnionej



## **Załącznik Nr 2**

do Konkursu ofert ogłoszonego dnia 13.10.2021 r.  
na wykonywanie świadczeń zdrowotnych

### **USŁUGI W ZAKRESIE WYKONYWANIA OPISÓW BADAŃ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ i RTG W OPARCIU O TELETRANSMISJĘ**

| Nazwa badania                                        | Tryb planowy* | Tryb cito* |
|------------------------------------------------------|---------------|------------|
| TK głowy                                             |               |            |
| TK ortopedyczne (kości, stawy, kręgosłup -1 odcinek) |               |            |
| TK szyi                                              |               |            |
| TK klatki piersiowej                                 |               |            |
| TK brzucha                                           |               |            |
| TK miednicy                                          |               |            |
| TK dwóch okolic anatomicznych                        |               |            |
| TK trzech okolic anatomicznych                       |               |            |
| Angiografia                                          |               |            |
| Angiografia dwóch okolic anatomicznych               |               |            |
| Angiografia trzech okolic anatomicznych              |               |            |
| Kardio CT                                            |               |            |
| Politrauma                                           |               |            |
| RTG                                                  |               |            |

1. Oświadczam, że w przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych we wzorze umowy, stanowiącym załącznik nr 5 do szczegółowych warunków konkursu – i nie wnoszę do niej zastrzeżeń.
2. Oświadczam, iż przyjmuję 30 dniowy termin związania ofertą, licząc od terminu określonego dla złożenia oferty.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że wykonam opis planowy w czasie ..... godzin.
5. Oświadczam, że wykonam opis w trybie CITO w czasie ..... od momentu otrzymania obrazu.
6. Oświadczam, że wykonujemy usługi 7 dni w tygodniu 24 godziny na dobę (w tym w soboty, niedziele i w święta).

.....  
data

.....  
czytelny podpis osoby upoważnionej

**Załącznik Nr 3**

do Konkursu ofert ogłoszonego dnia 13.10.2021 r.  
na wykonywanie świadczeń zdrowotnych

na rzecz

Regionalnego Kołobrzegu w Kołobrzegu  
ul. Łopuskiego 31-33, 78-100 Kołobrzeg

**WYKAZ OSÓB WYKONUJĄCYCH PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA  
I ICH KWALIFIKACJE**

Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych, tj. usługi w zakresie opisu badań Tomografem Komputerowym oraz RTG w systemie teleradiologicznym

| Liczba osób | Wykształcenie i kwalifikacje | W przypadku personelu wyższego stopień i nazwa specjalizacji |
|-------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|             |                              |                                                              |
|             |                              |                                                              |
|             |                              |                                                              |
|             |                              |                                                              |
|             |                              |                                                              |
|             |                              |                                                              |
|             |                              |                                                              |
|             |                              |                                                              |
|             |                              |                                                              |
|             |                              |                                                              |
|             |                              |                                                              |
|             |                              |                                                              |
|             |                              |                                                              |
|             |                              |                                                              |
|             |                              |                                                              |
|             |                              |                                                              |

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis Oferenta

### ***Załącznik Nr 4***

do Konkursu ofert ogłoszonego dnia 13.10.2021 r.  
na wykonywanie świadczeń zdrowotnych

*na rzecz*

*Regionalnego Kołołbrzegu w Kołołbrzegu  
ul. Łopuskiego 31-33, 78-100 Kołołbrzeg*

### **OKREŚLENIE WARUNKÓW LOKALOWYCH, WYPOSAŻENIA W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY**

Wskazanie sprzętu i aparatury medycznej , niezbędnej do wykonania świadczeń zdrowotnych,  
tj. usługi w zakresie opisu badań Tomografem Komputerowym oraz RTG w systemie  
teleradiologicznym

| rodzaj sprzętu / aparatury medycznej | Rok produkcji | Dodatkowe informacje |
|--------------------------------------|---------------|----------------------|
|                                      |               |                      |
|                                      |               |                      |
|                                      |               |                      |
|                                      |               |                      |
|                                      |               |                      |
|                                      |               |                      |
|                                      |               |                      |
|                                      |               |                      |
|                                      |               |                      |
|                                      |               |                      |
|                                      |               |                      |
|                                      |               |                      |
|                                      |               |                      |
|                                      |               |                      |
|                                      |               |                      |
|                                      |               |                      |
|                                      |               |                      |

Oświadczam, że :

- pomieszczenia w których będą wykonywane świadczenia objęte w/wym. Pakietem spełniają wymogi Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz. U. z 2012 r. poz. 739) ,
- w/wym. aparatura i sprzęt medyczny stosowane do wykonywania świadczeń zdrowotnych są w pełni sprawne i dopuszczone do użytkowania zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis Oferenta

## UMOWA

### o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

zawarta w dniu ..... roku w Kołobrzegu pomiędzy:

**Regionalnym Szpitalem w Kołobrzegu**, ul. Łopuskiego 31-33, 78-100 Kołobrzeg, wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Koszalinie, IX Wydział Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem 0000006438, NIP 671-10-30-263 REGON 000311496,

który reprezentuje:

**Dyrektor Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu – mgr Małgorzata Grubecka**  
zwanym w dalszej części umowy „**Udzielającym zamówienia**”

**a**

.....  
reprezentowanym przez .....  
zwanym w dalszej części umowy „**Przyjmującym zamówienie**”

Oprócz obowiązków i uprawnień umawiających się stron wynikających z niniejszej umowy mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2021.711 t.j.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2021.1285 t.j.).

**Niniejsza umowa zawarta została w wyniku konkursu ofert ogłoszonego i przeprowadzonego przez Zamawiającego.**

### § 1

1. **Udzielający zamówienia** powierza **Przyjmującemu zamówienie** wykonywanie: **usługi w zakresie opisu badań Tomografem Komputerowym oraz RTG w systemie teleradiologicznym.**
2. Miejsce udzielania świadczeń .....
3. Świadczenia będą udzielane we wszystkie dni tygodnia (także soboty, niedziele i w święta) 24 godziny na dobę.

### § 2

1. Do podstawowych obowiązków **Przyjmującego zamówienie** należy:
  - 1) Wykonywanie **usług w zakresie opisu badań tomografii komputerowej oraz rtg jednego odcinka w oparciu o teletransmisję** na rzecz pacjentów skierowanych przez **Udzielającego zamówienia**, zgodnie ze skierowaniem. Skierowania powinny być opatrzone pieczęcią **Udzielającego zamówienia** oraz podpisane przez uprawnionego lekarza.
  - 2) **Przyjmujący zamówienie** zapewnia zorganizowanie teletransmisji obrazów w oparciu o własne oprogramowanie.



- 3) **Przyjmujący zamówienie** zapewni integrację systemu RIS i PACS **Udzielającego zamówienia**.
- 4) Zestawienie oraz organizacja połączenia pomiędzy konsolą Tomografii Komputerowej a zestawem komputerowym, o którym mowa w załączniku nr 2 będzie po stronie **Przyjmującego zamówienie**.
- 5) **Przyjmujący zamówienie** gwarantuje pełną dostępność czasową lekarzy radiologów dokonujących opisów badań Tomografii Komputerowej oraz RTG, których wykaz zawierający imię i nazwisko lekarza oraz nr jego wykonywania zawodu, stanowić będzie załącznik nr 4 do umowy i będzie aktualizowany przez **Przyjmującego zamówienie** każdorazowo w przypadku wystąpienia zmiany składu personalnego.
- 6) **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do wykonywania opisów badań tk i rtg:
  - a) przez lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje,
  - b) zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną i standardami,
  - c) z zachowaniem należytej staranności,
  - d) 7 dni w tygodniu 24 godziny na dobę.
  - e) na sprzęcie spełniającym wymagania Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego (Dz.U. z 2017, poz. 884)
2. Opisy badań będą wysyłane elektronicznie max. do 3 dni po otrzymaniu obrazu i wykonaniu opisu.
3. Opisy badań w trybie CITO będą wysyłane elektronicznie do 1 godziny po otrzymaniu obrazu, pisemnie - autoryzowane przez lekarzy raz w miesiącu.
4. Za zwłokę w dokonaniu opisu badań **Przyjmujący zamówienie** zapłaci **Udzielającemu zamówienia** karę umowną w wysokości 30% ceny jednego opisu badania za każdy dzień zwłoki.

### § 3

Do podstawowych obowiązków **Udzielającego zamówienia** należy:

1. **Udzielający zamówienia** zobowiązuje się do wykonywania badań Tomografii Komputerowej oraz RTG, zgodnie z metodami przeprowadzania badań wskazanymi przez lekarzy **Przyjmującego zamówienie** oraz do przesyłania obrazów w standardzie Dicom 3.0 wg zaleceń **Przyjmującego zamówienie**.
2. **Udzielający zamówienia** zobowiązuje się do udostępnienia i serwisowania zestawu komputerowego zgodnego ze specyfikacją zamieszczoną w załączniku nr 1.
3. **Udzielający zamówienia** zobowiązuje się do przekazania wykazu osób uprawnionych do korzystania z programu, zgodnie z załącznikiem nr 3 do Umowy i będzie go aktualizował każdorazowo w przypadku wystąpienia zmiany.

### § 4

**Przyjmujący zamówienie** niniejszym oświadcza, iż zapoznał się i zobowiązuje się przestrzegać oraz stosować obowiązujące w szpitalu regulaminy i procedury związane ze zgłaszaniem się, rejestracją pacjentów, organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych, terminami udzielania świadczeń zdrowotnych i sposobu podawania ich do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych.

### § 5

**Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do wykonywania świadczeń określonych w § 1 ust. 1 przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje (**Przyjmujący zamówienie** przedstawi **Udzielającemu zamówienia** wykaz kadry wraz z uprawnieniami). **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się świadczyć usługi medyczne zgodnie z obowiązującymi w tej mierze przepisami oraz zgodnie ze sztuką i wiedzą medyczną. Minimalna liczba osób wymagana do wykonywania świadczeń wynosi 1.

## § 6

**Przyjmujący zamówienie** współpracuje z pracownikami **Udzielającego zamówienia** w celu prawidłowego wykonania umowy.

## § 7

W czasie wykonywania świadczenia **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do poddania kontroli zarówno przez **Udzielającego zamówienia** jak również przez **Narodowy Fundusz Zdrowia** w zakresie realizacji niniejszej umowy.

## § 8

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się przestrzegać przepisów dotyczących przetwarzania danych osobowych określonych w szczególności w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1781 t.j.). Wykonawca, w związku z realizacją umowy, jest zobowiązany do przestrzegania zasad bezpieczeństwa ochrony danych osobowych zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) oraz regulacjami krajowymi. Zobowiązanie dotyczy również przepisów regulujących zasady prowadzenia dokumentacji medycznej, w szczególności Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 r. poz. 666).

## § 9

1. **Przyjmujący zamówienie** będzie wystawiać faktury na podstawie miesięcznych raportów zawierających zestawienie ilości wykonanych opisów badań tk i rtg zgodnie z załącznikiem nr 5).
2. Cena opisu badania TK i RTG została określona w załączniku do umowy.
3. Cena określona w ust. 2 jest stała w okresie obowiązywania umowy i nie podlega negocjacji.
4. Faktura VAT będzie wystawiona nie później niż do 7-go dnia następnego miesiąca po miesiącu, w którym została wykonana Usługa i stanowi ostateczne wezwanie do zapłaty.
5. Zapłata wynagrodzenia należnego zostanie dokonana do 30-go każdego miesiąca po otrzymaniu faktury, przelewem na rachunek wskazany na fakturze.
6. W przypadku przekroczenia przez **Udzielającego zamówienia** terminu płatności, **Przyjmujący zamówienie** uprawniony będzie do naliczenia odsetek ustawowych od dnia wymagalności do dnia zapłaty.
7. Dniem zapłaty jest dzień, w którym **Udzielający zamówienia** dokonuje obciążenia swojego rachunku bankowego na rzecz **Przyjmującego zamówienie**.
8. **Udzielający zamówienia** pokryje koszty instalacji oraz abonamentu łączy do teletransmisji przedstawione w załączniku nr 2.
9. **Przyjmujący zamówienie** ma prawo zaprzestać świadczenia Usług objętych niniejszą umową, w przypadku braku płatności za wykonane świadczenia przez okres 2 m-cy.
10. Czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela może nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot, który utworzył zakład, tj.: Samorząd Województwa Zachodniopomorskiego. Podmiot, który utworzył zakład wydaje zgodę albo odmawia jej wydania, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w oparciu o analizę sytuacji finansowej i wynik finansowy zakładu za



rok poprzedni. Zmiana wierzyciela dokonana bez zgody podmiotu tworzącego jest nieważna.

#### § 10

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej opiewającej na sumę gwarancyjną określoną w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2019.866).
2. Ksero polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności potwierdzonej za zgodność z oryginałem **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest dostarczyć **Udzielającemu zamówienia** w dniu podpisania umowy. Po zakończeniu okresu ubezpieczenia **Przyjmujący zamówienie** niezwłocznie przedłoży **Udzielającemu zamówienia** aktualną polisę ubezpieczeniową.

#### § 11

1. Do kontaktów i przekazywania uwag wynikających z realizacji niniejszej umowy oraz za realizację niniejszej umowy ze strony **Udzielającego zamówienia** odpowiedzialna jest **Kierownik Pracowni Diagnostyki Obrazowej**.
2. Do kontaktów i przekazywania uwag wynikających z realizacji niniejszej umowy oraz za realizację niniejszej umowy ze strony **Przyjmującego zamówienie** odpowiedzialny jest .....

#### § 12

**Przyjmujący zamówienie** nie może powierzyć wykonania niniejszej umowy innemu **Wykonawcy** bez zgody **Udzielającego zamówienia**.

#### § 13

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na **czas określony** i obowiązuje od dnia ..... roku do dnia **01.10.2025 r.**
2. **Udzielający zamówienia** ma prawo do rozwiązania umowy z zachowaniem dwutygodniowego okresu wypowiedzenia.

#### § 14

1. **Przyjmujący zamówienie** zapłaci **Udzielającemu zamówienia** karę umowną w wysokości 1 000,00 zł, za każde naruszenie osobno w przypadku:
  - 1) uzasadnionych skarg komórek organizacyjnych lub/i pacjentów na jakość świadczonych przez **Przyjmującego Zamówienie** usług medycznych;
  - 2) nieprzestrzegania zasad i organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych; uzasadnionych zastrzeżeń merytorycznych i formalnych dotyczących udzielanych świadczeń zdrowotnych, poprawności i rzetelności, prowadzonej dokumentacji medycznej.
2. Umowa zostaje rozwiązana ze **skutkiem natychmiastowym**, gdy **Przyjmujący zamówienie** niezwłocznie nie dostarczy **Udzielającemu zamówienia** aktualnej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
3. Umowa może zostać rozwiązana przez **Udzielającego zamówienia** ze **skutkiem natychmiastowym** w przypadku, gdy **Przyjmujący zamówienie** nie wykona świadczenia w określonym przez **Udzielającego zamówienia** terminie oraz rażącego naruszenia postanowień umowy przez **Przyjmującego zamówienie**.
4. Na mocy porozumienia stron umowę można rozwiązać w każdym uzgodnionym czasie.

### **§ 15**

Zmiana postanowień niniejszej umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem jej nieważności.

### **§ 16**

Ewentualne spory mogące wyniknąć z realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą przez właściwy Sąd miejsca siedziby **Udzielającego zamówienia**.

### **§ 17**

Osobami upoważnionymi do wszelkiej korespondencji związanej z niniejszą umową (w tym w sprawach finansowych) są osoby wymienione w nagłówku umowy.

### **§ 18**

W sprawach nie unormowanych treścią niniejszej umowy mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego i Ustawy o działalności leczniczej oraz inne obowiązujące w tej mierze przepisy.

### **§ 19**

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze stron.

#### **Lista Załączników:**

1. Załącznik Nr 1: Specyfikacja wymagań na stanowisko komputerowe do systemu teleradiologii
2. Załącznik Nr 2: Zestawienie łącza do systemu teleradiologii
3. Załącznik Nr 3: Wykaz osób uprawnionych do korzystania z programu
4. Załącznik Nr 4: Wykaz lekarzy radiologów dokonujących opisów badań
5. Załącznik Nr 5: Wykaz wykonanych opisów badań w miesiącu
6. Cennik usług

**Przyjmujący zamówienie**

**Udzielający zamówienia**

#### **UWAGA**

**Wzór umowy należy uzupełnić i zaakceptować**

## Specyfikacja wymagań na stanowisko komputerowe do systemu teleradiologii

Dowolny komputer klasy PC ze skanerem umożliwiającym skanowanie skierowań.

## Zestawienie łączą do systemu teleradiologii

### Załącznik nr 3

| Wykaz osób uprawnionych do korzystania z programu |                 |                  |
|---------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| Lp.                                               | Nazwisko i imię | Wykonywany zawód |
| 1.                                                |                 |                  |
| 2.                                                |                 |                  |
| 3.                                                |                 |                  |
| 4.                                                |                 |                  |
| 5.                                                |                 |                  |
| 6.                                                |                 |                  |
| 7.                                                |                 |                  |

**WYKAZ OSÓB WYKONUJĄCYCH PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA  
I ICH KWALIFIKACJE**

[illegible]

**Załącznik nr 6 - Cennik usług**

| Nazwa badania                                        | Tryb planowy* | Tryb cito* |
|------------------------------------------------------|---------------|------------|
| TK głowy                                             |               |            |
| TK ortopedyczne (kości, stawy, kręgosłup -1 odcinek) |               |            |
| TK szyi                                              |               |            |
| TK klatki piersiowej                                 |               |            |
| TK brzucha                                           |               |            |
| TK miednicy                                          |               |            |
| TK dwóch okolic anatomicznych                        |               |            |
| TK trzech okolic anatomicznych                       |               |            |
| Angiografia                                          |               |            |
| Angiografia dwóch okolic anatomicznych               |               |            |
| Angiografia trzech okolic anatomicznych              |               |            |
| Kardio CT                                            |               |            |
| Politrauma                                           |               |            |
| RTG                                                  |               |            |

**Załącznik nr 5 do Umowy z dn..... r.**

# WYKAZ WYKONANYCH OPISÓW BADAŃ TK W MIESIĄCU

[illegible]



**Załącznik nr 5 do Umowy z dn. .... r.**

# WYKAZ WYKONANYCH OPISÓW BADAŃ RTG W MIESIĄCU

[illegible]

| L.P.                | PARAMETRY URZĄDZENIA                                                                                                                                                                                                                                                 | WYMAGANA WARTOŚĆ PARAMETRU | WARTOŚĆ OFEROWANA PARAMETRU - opisać | PUNKTACJA                                                         |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>I. PARAMETRY</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            |                                      |                                                                   |
| 1                   | Archiwizacja przez Wykonawcę przesyłanych badań we własnym systemie Pacs                                                                                                                                                                                             | Podać                      |                                      | Tak – 50 pkt<br>Nie – 0 pkt                                       |
| 2                   | Listy polecające wystawione przez jednostki wysyłające przynajmniej 300 badań TK miesięcznie                                                                                                                                                                         | Podać i dołączyć do oferty |                                      | 5 – 25 pkt<br>4 – 20 pkt<br>3 – 15 pkt<br>2 – 10 pkt<br>1 – 5 pkt |
| 3                   | System do opisywania badań zapewnia powrót badania z ewentualnymi rekonstrukcjami (np. badania typu angio); przesłanie rekonstrukcji w standardzie DICOM w sposób, który umożliwi automatyczne dołączenie rekonstrukcji do istniejącego badania jako dodatkowa seria | Podać                      |                                      | Tak – 50 pkt<br>Nie – 0 pkt                                       |
| 4                   | Zapewnienie przez Wykonawcę szyfrowanego połączenia przy przesyłaniu badań TK i RTG                                                                                                                                                                                  | Podać                      |                                      | Tak – 10 pkt<br>Nie – 0 pkt                                       |
| 5                   | W składzie zespołu opracowującego wyniki badań jest przynajmniej 2 dr hab                                                                                                                                                                                            | Podać                      |                                      | >1 – 25 pkt<br>1 – 0 pkt                                          |
| 6                   | Zapewnienie możliwości podglądu przesłanego badania w systemie archiwizacji Pacs Wykonawcy w celu weryfikacji kompletności przesłanego badania                                                                                                                       | Podać                      |                                      | Tak – 40 pkt<br>Nie – 0 pkt                                       |

## Opis komunikacji HL7 : TELE -ORION

## Schemat działania:

1. Wysyłka zlecenia HL7 z systemu Orion do systemu TELE
2. Odbiór zlecenia HL7 po stronie TELE
3. Pobieranie obrazów przez TELE z serwera PACS-AGFA ( c-move)
4. Opis badania w TELE i odesłanie wyniku do systemu Orion po HL7

## Dane do utworzenia zlecenia (wysyłane z systemu ORION):

- Id zlecenia (w systemie SOFTMED) pole ORC.3 i OBR.3
- Lekarz zlecający:
  - Imię ORC.12.3, OBR.16.3
  - Nazwisko ORC.12.2, OBR.16.2
  - NPWZ ORC.12.4, OBR.16.4
- Jednostka zlecająca:
  - id jednostki (z systemu SOFTMED) ORC.17.1
  - nazwa jednostki ORC.17.2
- AccessionNumber ORC.2 i OBR.2
- StudyInstanceUID OBR.39
- Pacjent:
  - Imię PID.5.2
  - Nazwisko PID.5.1
  - PESEL PID.2.1
  - data urodzenia PID.7
- Priorytet (R – rutynowe, S – na cito) ORC.7.6
- Typ zlecenia:
  - Nazwa OBR.4.2
  - Id typu zlecenia (z systemu SOFTMED) OBR.4.1
- Uwagi ze skierowania NTE.3
- Rozpoznanie
  - Nazwa DG1.4
  - Id rozpoznania ICD10 DG1.3

## Dane do opisu ( wysyłane z systemu TELE):

- Id zlecenia (id z systemu SOFTMED) pole ORC.3 i OBR.3
- Opis badania OBX.5
- Lekarz zatwierdzający:
  - Imię OBX.16.3
  - Nazwisko OBX.16.2
  - NPWZ OBX.16.4
- Data zatwierdzenia OBX.14
- Status (F/C, gdzie F – dane finalne, C – poprawione np. w przypadku poprawki opisu) OBX.11
- AccessionNumber ORC.2 i OBR.2
- Typ zlecenia
  - Nazwa OBR.4.2
  - Id typu zlecenia OBR.4.1