SZPITAL
POWIATOWY
W CHRZANOWIE

2020-05-26

Regulamin
i szczegółowe warunki konkursu ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie

hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach ośrodka / oddziału dziennego oraz telerehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach domowych

w ramach współpracy stron w zakresie realizacji umowy zawartej przez Szpital Powiatowy w Chrzanowie (Koordynatora) z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał).

Rozdział I
Postanowienia ogólne

1. Postępowanie wszczyna się i prowadzi na zasadach i warunkach określonych w Ustawie o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Tekst jednolity: Dz. U. 2020 poz. 295 z późn.zm) oraz Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. z 2019 poz.1373 z późn. zm.).
2. Ogłoszenie o konkursie zamieszcza się na stronie internetowej Szpitala Powiatowego w Chrzanowie oraz na tablicy ogłoszeń.
3. Niniejszy Regulamin i warunki konkursu stanowić będą integralną część umowy zawartej z Przyjmującym zamówienie.
4. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.

Rozdział II
Opis przedmiotu postępowania

1. Przedmiotem zamówienia konkursowego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach ośrodka / oddziału dziennego oraz hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach domowych w ramach współpracy stron w zakresie realizacji umowy zawartej przez Szpital Powiatowy w Chrzanowie (Koordynatora) z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał).
2. Realizacja przedmiotu zamówienia obejmuje świadczenia wykonane na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, włączonych do leczenia w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał) i/lub skierowanych do kolejnego etapu leczenia, w tym:
   1) Realizację hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej w dwóch etapach:
      a) I faza – w warunkach ośrodka / oddziału dziennego,
      b) II faza –w warunkach domowych,
   2) W przypadkach określonych przepisami prawa Ministra Zdrowia i Narodowego Fundusz Zdrowia do kontynuacji rehabilitacji kardiologicznej w warunkach oddziału dziennego.

Lp.	Rodzaj zamówienia	Przedmiot zamówienia	Wymagania / kwalifikacje
1	hybrydowa teleerehabilitacja kardiologiczna	rehabilitacja realizowana w warunkach ośrodka / oddziału dziennego oraz w warunkach domowych	Zgodnie z aktualnymi wymogami Ministra Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie realizacji świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał)

Wynagrodzenie za realizację w/w świadczeń stanowić będzie % zadeklarowanej wartości produktu wskazanego do rozliczenia określonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia., przy czym wartość produktu stanowi iloczyn liczby osobodni oraz wartości punktowej za osobodzień danego produktu, określonej w aktualnych katalogach dedykowanych do rozliczenia świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, do limitu dni określonych w rozporządzeniach „koszykowych" dot. realizacji świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał).

3. Liczba świadczeń w roku będzie adekwatna do potrzeb zdrowotnych i liczby zakwalifikowanych pacjentów zgodnie z wytycznymi określonymi w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych dotyczących realizacji kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał).
4. Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do realizacji świadczeń pod warunkiem pozytywnej kwalifikacji do przeprowadzenia rehabilitacji i po spełnieniu pozostałych warunków określonych w załączniku nr 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.
5. Zakres i warunki realizacji przedmiotu zamówienia określają:
   a) aktualne Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów

w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, określające wymogi realizacji poszczególnych modułów opieki kompleksowej,

b) aktualne rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz z zakresu rehabilitacji leczniczej, w tym dotyczące realizacji świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-ZAWAŁ).

6. Świadczenie usług zdrowotnych odbywać się będzie:
   1) przy zapewnieniu współpracy z Koordynatorem nadzorującym plan leczenia pacjenta,
   2) w terminie określonym w wymogach Ministra Zdrowia i NFZ określonych dla realizacji świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał),
   3) na podstawie skierowania prawidłowo wystawionego przez lekarza zatrudnionego u Udzielającego Zamówienia i zawierającego wszystkie informacje wymagane przepisami prawa,
   4) przez personel medyczny zatrudniony u Przyjmującego zamówienie posiadający uprawnienia zawodowe i kwalifikacje oraz spełniający wymogi określone przez Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia dla realizacji świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał),
   5) przy zastosowaniu sprzętu, aparatury, środków farmakologicznych i materiałów medycznych Przyjmującego zamówienie, spełniających wymagania określone w odrębnych przepisach,
   6) zgodnie z przepisami prawa, ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami, z zachowaniem poszanowania praw pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
7. W trakcie realizacji świadczeń objętych przedmiotem zamówienia, Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do:
   1) realizacji świadczeń dla każdego pacjenta skierowanego przez Udzielającego Zamówienia,
   2) utrzymania ciągłości świadczeń objętych umową oraz zabezpieczenia świadczeń medycznych objętych umową zgodnie z potrzebami Udzielającego Zamówienia,
   3) starannego i czytelnego prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej oraz innej, związanej z przedmiotem umowy według zasad określonych w aktualnie obowiązującym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz zgodnie z aktualnie obowiązującymi wymogami Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie,
   4) bieżącego i terminowego przekazywania Udzielającemu zamówienia: danych o pacjentach i udzielonych świadczeniach oraz danych statystycznych i innych, wskazanych przez Udzielającego zamówienia a niezbędnych do sprawozdawczości i terminowego rozliczenia świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, w tym:
   5) bieżącej aktualizacji danych w Portalu Świadczeniodawcy w zakresie personelu, zasobów, umowy podwykonawstwa,
   6) Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do ścisłego przestrzegania przepisów Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2019 poz. 1781 z późn. zm.) i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.UE.L Nr119, str. 1), ze zm. z dn. 23.05.2018 r. (Dz.Urz.UE.L.2018 Nr 127, poz. 2) oraz ponosi pełną odpowiedzialność z tytułu naruszenia wyżej wymienionych przepisów i ewentualnego udostępniania danych osobowych pacjentów osobom nieuprawnionym. Umowa o przetwarzaniu danych osobowych stanowi **Załącznik nr 1** do niniejszej umowy.

Rozdział III
Termin wykonania zamówienia

1. Wymagany termin wykonania przedmiotu zamówienia – zgodnie z bieżącym zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienie od dnia **01.07.2020** do dnia **30.06.2021** .
2. Umowa zostanie podpisana na w/w okres.

Rozdział IV
Kryteria oceny ofert

1. Kryteria oceny :
   1) **Kryterium Główne – Cena: max 80 pkt,** przy czym Udzielający Zamówienia ustala maksymalną dopuszczalną wartość za procent wagi punktowej wartości osobodnia – **95%.**
   2) **Kryteria dodatkowo oceniane:**
      a) Zapewnienie udzielenia świadczenia w ciągu 14 dni od wypisu ze szpitala, liczone od momentu zakończenia rewaskularyzacji po wypisie (zarówno za pomocą PCI jak i CABG) - punktacja - **max 20 pkt.**

Uwaga: Kryteriom dodatkowo ocenianym poddawani są Oferenci, którzy zostali wyłonieni na podstawie kryterium głównego – ceny.

3) Łączna maksymalna ilość punktów, jakie można uzyskać to **100 pkt.**
4) Za najkorzystniejsze zostaną uznane oferty, które zdobędą najwyższą ilość punktów, kolejno do wyczerpania limitu wybranych Oferentów, o którym mowa poniżej.

2. Wszelkie rozliczenia finansowe między Udzielającym Zamówienie a Przyjmującym Zamówienie będą prowadzone wyłącznie w złotych polskich w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku.
3. Jeżeli Udzielający Zamówienia uzna, że jest to konieczne do wykonania przedmiotu umowy - przyzna zamówienie więcej niż jednemu z oferentów, których oferta odpowiada warunkom i wymaganiom określonym w regulaminie i warunkach konkursu oraz zostanie uznana za najkorzystniejszą.

Rozdział V
Wymagania w stosunku do Oferenta

W celu potwierdzenia, że Oferent posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności, Udzielający Zamówienia wymaga przedstawienia następujących dokumentów (stosownie do rodzaju prowadzonej działalności):

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru przedsiębiorców (KRS, CEIDG) lub wypis z rejestru podmiotów leczniczych.
2. Zaświadczenie o numerze identyfikacji podatkowej.
3. Wykaz personelu, który realizował będzie świadczenia stanowiące przedmiot zamówienia oraz kserokopie dokumentów potwierdzające kwalifikacje zawodowe (dyplomy ukończenia studiów medycznych, prawo wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacji/.
4. Aktualna Polisa OC oraz zobowiązanie do jej posiadania przez cały czas obowiązywania umowy.
5. Wypełniony formularzy ofertowy, stanowiący **załącznik 1** do Regulaminu.
6. Wypełnione oświadczenie oferenta, stanowiące **załącznik 2** do Regulaminu.
7. Wzór skierowania/zlecenia na badania.

Uwaga:

- Oferty lekarzy zatrudnionych jednocześnie w ramach umowy o pracę w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie będą odrzucone bez rozpatrzenia, gdyż zawieranie z nimi umów stanowiłoby naruszenie przepisów prawa pracy
- Można złożyć tylko jedną ofertę w danym rodzaju. Złożenie ofert alternatywnych spowoduje odrzucenie bez rozpatrzenia każdej z nich.

Rozdział VI
Opis sposobu przygotowania oferty

1. Do konkursu Oferent przedstawia swoją ofertę zgodnie z wymogami regulaminu i warunków konkursu.
2. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Oferta winna być złożona w formie pisemnej w języku polskim na formularzu ofertowym stanowiącym **załącznik 1** do niniejszego regulaminu i warunków konkursu.
4. Ofertę należy złożyć wraz z wymaganymi załącznikami i dokumentami.
5. Strony oferty muszą być podpisane i opieczętowane przez osobę uprawnioną do reprezentowania Oferenta.
6. W przypadku, gdy dokumenty będą podpisane przez inną osobę, do oferty należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo.
7. Kopie dokumentów dołączonych do oferty, w tym kopia pełnomocnictwa muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem" przez osobę upoważnioną do reprezentacji bądź osobę przez niego upoważnioną.

8. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę upoważnioną - podpisującą ofertę.
9. W celu prawidłowego przygotowania ofert, Oferent powinien zadać wszelkie niezbędne w tym zakresie pytania.
10. W przypadku, gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, wzywa się Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
11. Ofertę opatrzoną danymi Przyjmującego zamówienie tj. (nazwa i adres Oferenta) należy złożyć w nieprzejrzystych, zamkniętych kopertach lub opakowaniach oznaczonych w następujący sposób:

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:
hybrydowej teleerehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach ośrodka / oddziału dziennego oraz telerehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach domowych
w ramach współpracy stron w zakresie realizacji umowy zawartej przez Szpital Powiatowy w Chrzanowie (Koordynatora) z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał)

Rozdział VII
Terminy składania ofert

1. Ofertę należy złożyć w siedzibie Udzielającego zamówienie do dnia **08.06.2020 do godz. 10.00** na Dzienniku Podawczym Szpitala Powiatowego w Chrzanowie ul. Topolowa 16, Pawilon „D" pok. 236.
2. O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina złożenia jej Udzielającemu Zamówienia. Każda oferta zostanie opatrzona kolejnym numerem porządkowym oraz datą i godziną jej złożenia u Udzielającego zamówienie.
3. W celu przeprowadzenia konkursu Udzielający Zamówienia powołał Komisję Konkursową, która rozwiąże się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu.
4. Otwarcia ofert dokona Komisja Konkursowa w dniu **08.06.2020 g. 13.00** w pokoju 223 w siedzibie Udzielającego Zamówienia.
5. Rozstrzygnięcie Konkursu nastąpi w dniu **09.06.2020r.**
6. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu Konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej Udzielającego zamówienie oraz na tablicy ogłoszeń.

Rozdział VIII
Informacje dla oferentów

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość wybrania więcej niż jednej oferty w celu wykonania całości zadania.
2. Udzielający Zamówienia nie przewiduje zwołania zebrania oferentów przed dniem otwarcia ofert.
3. Udzielający Zamówienia może żądać wyjaśnień i uzupełnień do złożonej oferty.
4. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania w całości bądź części bez podania przyczyny oraz zmiany terminu składania ofert.
5. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania w całości bądź części bez podania przyczyny oraz zmiany terminu składania ofert.
6. Przyjmujący zamówienie jest związany ofertą 30 dni od terminu składania ofert

Rozdział IX
Tryb udzielania wyjaśnień w sprawach dotyczących warunków zamówienia

Wszelkie wyjaśnienia można uzyskać od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 – 14.30 w siedzibie Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, ul. Topolowa 16, II piętro w Dziale Kontraktów Medycznych i Statystyki pok. 223, tel. 32 624-75-13 oraz u Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa pok. 207, tel. 32 624 70 32.

Rozdział X
Tryb wprowadzania ewentualnych zmian w ofercie

1. Oferent może dokonać zmian w ofercie lub wprowadzić uzupełnienia do niej w terminie do dnia wyznaczonego na składanie ofert.
2. W przypadku dokonania zmiany lub uzupełnienia należy złożyć ofertę z odpowiednim dopiskiem – „Zmiana" lub „Uzupełnienie".
3. W przypadku wycofania się Oferenta z konkursu należy złożyć kopertę z nazwą Oferenta i opisem – „Wycofanie".

Rozdział XI

Protesty – prawa i obowiązki oferentów

1. Oferenci, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia zasad przeprowadzenia niniejszego postępowania konkursowego przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych poniżej.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
   a. wybór trybu postępowania,
   b. niedokonanie wyboru Przyjmującego zamówienie,
   c. unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych (bez względu na przyczynę unieważnienia).
3. W toku postępowania konkursowego do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności:
   1) Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu chyba, że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
   2) Komisja konkursowa przyjmuje i rozstrzyga umotywowane protesty Oferentów w ciągu 7 dni od daty ich złożenia i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
   3) Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
   4) W przypadku uwzględnienia protestu komisja konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.
4. Oferent, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, może wnieść odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania:
   1) Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
   2) Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.
   3) Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielania świadczeń zdrowotnych do czasu jego rozpatrzenia.

Udzielający Zamówienia

Szpital Powiatowy w Chrzanowie

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie
mgr Artur Baranowski

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....

.....
Adres podmiotu

.....
Rodzaj rejestru, NIP

Oferta
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:
hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach ośrodka / oddziału dziennego oraz telerehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach domowych
w ramach współpracy stron w zakresie realizacji umowy zawartej przez Szpital Powiatowy w Chrzanowie (Koordynatora) z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał).

W niniejszej ofercie składam następującą ofertę cenową:

Oferowany procent wagi punktowej wartości osobodnia	

Wynagrodzenie za realizację w/w świadczeń stanowić będzie zadeklarowany ***% wartości*** *produktu wskazanego do rozliczenia określonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, przy czym wartość produktu stanowi iloczyn liczby osobodni oraz wartości punktowej za osobodzień danego produktu, określonej w aktualnych katalogach dedykowanych do rozliczenia świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, do limitu dni określonego w rozporządzeniu „koszykowym" dot. Rehabilitacji.*

W ramach niniejszej oferty, deklaruję:

Lp.	Kryterium oceniane	Maksymalna ilość punktów	TAK/NIE*
1	Zapewnienie udzielenia świadczenia w ciągu 14 dni od wypisu ze szpitala	20	

**wpisać odpowiednio*

Zobowiązuję się do współpracy z Koordynatorem nadzorującym plan leczenia pacjenta oraz do realizacji w/w świadczeń zdrowotnych po uzgodnieniu terminu przez wskazanego / uprawnionego pracownika Udzielającego Zamówienia (Koordynatora) z wskazanym / upoważnionym pracownikiem Przyjmującego zamówienie:, telefonicznie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej oraz w terminie określonym w wymogach Ministra Zdrowia i NFZ określonych dla realizacji świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał).

Pieczątka i podpis

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie
mgr Artur Baranowski

Załącznik nr 2 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE OFERENTA

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....
Adres podmiotu

.....
Rodzaj rejestru, NIP

Oświadczam, że:

1. Oświadczam, że personel wskazany do realizacji zamówienia posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
2. Samodzielnie dokonuje wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z regulaminem i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami i zapisami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

Do formularza ofertowego dołączam następujące dokumenty:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....

....
miejsce i data podpis

UMOWA NR DKM-.....
na świadczenia zdrowotne w zakresie
hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach ośrodka/oddziału dziennego oraz telerehabilitacji kardiologicznej realizowanej w warunkach domowych

zawarta w dniu ..... w Chrzanowie
pomiędzy
Szpitalem Powiatowym w Chrzanowie, ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Krakowa Śródmieścia, XII Wydział Gospodarczy, pod numerem KRS 0000015881; NIP:628-19-16-916
reprezentowanym przez:
Dyrektora – Artur Baranowski
zwanym w dalszej części umowy "Udzielającym Zamówienia"
.....
.....
zwaną (zwanym) w dalszej części umowy "Przyjmującym Zamówienie",

Wartość zamówienia przekracza kwotę wskazaną w art. 26 ust. 4a Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Tekst jednolity: Dz. U. 2020 poz. 295 z późn.zm)w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert na świadczenia zdrowotne strony zawierają Umowę następującej treści:

§1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego Zamówienie, na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia, którzy zostali włączeni do leczenia w ramach kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-ZAWAŁ).
2. W ramach niniejszej umowy Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:
   1) Realizacji hybrydowej telerehabilitacji kardiologicznej w dwóch etapach:
      a) I faza – w warunkach ośrodka / oddziału dziennego,
      b) II faza –w warunkach domowych,
   2) W przypadkach określonych przepisami prawa Ministra Zdrowia i Narodowego Fundusz Zdrowia do kontynuacji rehabilitacji kardiologicznej w warunkach oddziału dziennego,

   na rzecz pacjentów uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, skierowanych do Przyjmującego Zamówienie przez lekarzy Udzielającego zamówienie w ramach kontynuacji kompleksowej opieki.
3. Udzielający zamówienia pełni rolę podmiotu Koordynującego i kieruje pacjentów zgodnie z ich stanem klinicznym do Przyjmującego zamówienie na mocy umowy, którą zawarł w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-ZAWAŁ) z oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia.
4. Przedmiot zamówienia wykonywany będzie przez Przyjmującego zamówienie zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
5. Przedmiot zamówienia wykonywany będzie przez Przyjmującego zamówienie w ramach prowadzonej działalności gospodarczej lub udzielania świadczeń w innej formie, z zastrzeżeniem postanowień przepisów art. 132 ust. 3 i art. 133 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
6. Do realizacji przedmiotu niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie posiada wpisane do rejestru, o którym mowa w ust.4 komórki organizacyjne, tj. ośrodek lub oddział dzienny rehabilitacji kardiologicznej (kod 2302 lub 2308) oraz w ramach dostępu – Centrum monitorowania telerehabilitacji.

§2

1. Miejscem udzielania świadczeń jest .....
2. Świadczenie usług zdrowotnych objętych niniejszą umową odbywać się będzie:
   1) przy zapewnieniu współpracy z Koordynatorem nadzorującym plan leczenia pacjenta,

2) po uzgodnieniu terminu przez wskazanego / uprawnionego pracownika Udzielającego Zamówienia (Koordynatora) z wskazanym / upoważnionym pracownikiem Przyjmującego zamówienie:
   a) telefonicznie przy wykorzystaniu - nr tel. ..... lub
   b) za pośrednictwem poczty elektronicznej - e-mail:..... ,
3) w terminie określonym w wymogach Ministra Zdrowia i NFZ określonych dla realizacji świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał), tj.: w ciągu 14 dni od wypisu ze szpitala (liczone od momentu zakończenia rewaskularyzacji po wypisie (zarówno za pomocą PCI jak i CABG).
4) na podstawie skierowania prawidłowo wystawionego przez lekarza zatrudnionego u Udzielającego Zamówienia i zawierającego wszystkie informacje wymagane przepisami prawa, w tym w szczególności: oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, oznaczenie pacjenta pozwalające na ustalenie jego tożsamości, oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kieruje się pacjenta, inne informacje niezbędne do realizacji świadczenia (rozpoznanie, wyniki badań), oznaczenie osoby wystawiającej skierowanie, datę wystawienia,
5) przez personel medyczny zatrudniony u Przyjmującego zamówienie posiadający uprawnienia zawodowe i kwalifikacje oraz spełniający wymogi określone przez Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia dla realizacji świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał), w liczbie ..... osób,
6) przy zastosowaniu sprzętu, aparatury, środków farmakologicznych i materiałów medycznych Przyjmującego zamówienie, spełniających wymagania określone w odrębnych przepisach,
7) zgodnie z przepisami prawa, ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami, z zachowaniem poszanowania praw pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

3. Zmiany personelu udzielającego świadczeń bądź rodzaju sprzętu lub aparatury wykorzystywanych do udzielania świadczeń mogą być dokonane pod warunkiem, iż nowo zatrudnione osoby będą posiadały równoważne kwalifikacje zawodowe, a nowy sprzęt lub aparatura będą spełniać wymagania jakościowe nie niższe od sprzętu i aparatury podlegającego wymianie. O dokonywanych zmianach, o których mowa powyżej Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest powiadomić Udzielającego zamówienia niezwłocznie i w formie pisemnej. Zgłoszenie zmiany nie wymaga sporządzania aneksu do umowy. Przyjmujący zamówienia zobowiązany jest wprowadzić niezwłocznie informację o zmianach do Portalu Świadczeniodawcy NFZ.
4. Przyjmujący zamówienie przedstawi Udzielającemu zamówienie szczegółową listę osób z wyszczególnieniem uprawnień (dyplom, prawo wykonywania zawodu, zaświadczenie o zdobytej specjalizacji, inne dokumenty potwierdzające uprawnienia) wykonujących w jego imieniu i na jego rzecz przedmiot umowy.

§3

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do:
   1)realizacji świadczeń dla każdego pacjenta skierowanego przez Udzielającego Zamówienia,
   2)utrzymania ciągłości świadczeń objętych umową oraz zabezpieczenia świadczeń medycznych objętych umową zgodnie z potrzebami Udzielającego Zamówienia,
   3)starannego i czytelnego prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej oraz innej, związanej z przedmiotem umowy według zasad określonych w aktualnie obowiązującym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz zgodnie z aktualnie obowiązującymi wymogami Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie,
   4)bieżącego i terminowego przekazywania Udzielającemu zamówienia: danych o pacjentach i udzielonych świadczeniach oraz danych statystycznych i innych, wskazanych przez Udzielającego zamówienia a niezbędnych do sprawozdawczości i terminowego rozliczenia

świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, w tym:

a) prowadzenia miesięcznej sprawozdawczości statystycznej (również w wersji elektronicznej) wykonanych świadczeń w formie rejestru, zawierającego w szczególności dane pacjenta: imię i nazwisko, nr PESEL oraz datę wykonania świadczenia, nazwę jednostki zlecającej, miejsce udzielenia świadczenia, rodzaj zrealizowanego świadczenia, dane personelu medycznego biorącego udział w realizacji świadczenia, którym wykonano świadczenia w danym okresie rozliczeniowym i innych z zastosowaniem zasad dla prowadzenia dokumentacji określonych w aktualnie obowiązujących wytycznych Narodowego Funduszu Zdrowia,

b) przekazywania Udzielającemu zamówienia informacji o udzielonych świadczeniach zakończonych w danym miesiącu, w tym niezwłocznie, po zakończeniu cyklu leczenia u danego pacjenta.

c) informacje o udzielonych świadczeniach zdrowotnych zakończonych w danym miesiącu podlegające sprawozdaniu do NFZ, winny być przekazane Udzielającemu zamówienia najpóźniej do 3 dnia roboczego następnego miesiąca kalendarzowego.

5) bieżącej aktualizacji danych w Portalu Świadczeniodawcy w zakresie personelu, zasobów, umowy podwykonawstwa,

6) przekazywanie zestawienia statystycznego zawierającego przynajmniej: dane osobowe pacjenta, pesel, okres realizacji świadczenia (od-do), liczbę punktów i osobodni, kod świadczenia, współczynnik i wartość, kwotę należności z uwzględnieniem zasad wynagrodzenia określonych w niniejszej umowy, stanowi **załącznik nr.....** do umowy.

7) przekazywania Udzielającemu zamówienia wszystkich danych o udzielonych świadczeniach sprawozdawanych do NFZ za dany rok kalendarzowy w terminie do 10 stycznia następnego roku za rok poprzedni. Nie przekazanie powyższych danych w terminie skutkować będzie brakiem płatności za wykazane świadczenia.

2. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do realizacji świadczeń pod warunkiem pozytywnej kwalifikacji do przeprowadzenia rehabilitacji i po spełnieniu pozostałych warunków określonych w załączniku nr 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. O negatywnym wyniku kwalifikacji pacjenta i braku możliwości udzielenia świadczenia Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić Udzielającego zamówienie w formie elektronicznej tj. na adres e-mail:.....

3. Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany do ścisłego przestrzegania przepisów Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2019 poz. 1781 z późn. zm.) i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.UE.L Nr119, str. 1), ze zm. z dn. 23.05.2018 r. (Dz.Urz.UE.L.2018 Nr 127, poz. 2) oraz ponosi pełną odpowiedzialność z tytułu naruszenia wyżej wymienionych przepisów i ewentualnego udostępniania danych osobowych pacjentów osobom nieuprawnionym. Umowa o przetwarzaniu danych osobowych stanowi **Załącznik nr 1** do niniejszej umowy.

4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się, w terminie **30 dni** od podpisania niniejszej umowy, do wprowadzenia stosownych danych w Portalu Potencjału NFZ w zakładce „Umowy Podwykonawstwa" i udostępnić je Udzielającemu Zamówienie. O dokonywanych zmianach Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest powiadomić Udzielającego zamówienia niezwłocznie i w formie pisemnej.

5. W przypadku niemożności wykonania zleconego świadczenia zdrowotnego z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie jest on zobowiązany do zorganizowania zastępczego wykonania świadczeń zdrowotnych w ośrodku spełniającym kryteria określone w niniejszej umowie i sfinansowania ich na własny koszt i ryzyko. O zaistniałej sytuacji Przyjmujący zamówienie winien, niezwłocznie w formie pisemnej powiadomić Udzielającego zamówienia a w przypadku planowanej przerwy w udzielaniu świadczeń, co najmniej 40 dni przed przerwą.

Informacja winna uwzględniać szczegółowe zasady organizacji udzielania świadczeń oraz miejsce i adres realizacji zamówienia.

§4

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że przez cały okres obowiązywania umowy będzie dysponował aktualnym, obowiązkowym ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych i będzie je utrzymywał przez cały okres wykonywania umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przedstawienia Udzielającemu Zamówienia kserokopii umowy lub umów ubezpieczenia, o których mowa powyżej.
3. W przypadku, gdy umowa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej ulega rozwiązaniu lub wygasa w trakcie obowiązywania niniejszej umowy, Przyjmujący Zamówienie ma obowiązek dostarczyć Udzielającemu Zamówienie kopię nowej polisy na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.
4. Przyjmujący zamówienie zapewnia, że w okresie obowiązywania umowy utrzyma stan osobowy gwarantujący należyte wykonanie postanowień niniejszej umowy
5. Strony umowy solidarnie odpowiadają za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych chyba, że szkoda została wyrządzona z winy Przyjmującego Zamówienie.
6. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
7. Jeżeli do naprawienia szkody, o której mowa powyżej został zobowiązany Udzielający Zamówienia, a do jej wyrządzenia doszło na skutek działania Przyjmującego Zamówienie, Przyjmujący Zamówienie jest zobowiązany zwrócić Udzielającemu Zamówienia wszystkie koszty, związane z obowiązkiem naprawienia szkody przez Udzielającego Zamówienia, także, jeżeli do naprawienia tej szkody doszło wskutek zawarcia ugody pomiędzy Udzielającym Zamówienia lub jego ubezpieczycielem a poszkodowanym.
8. Przyjmujący Zamówienie ponosi także odpowiedzialność za straty i szkody, nie mieszczące się w opisanych powyżej zakresach, a będące następstwem zawinionego działania lub zaniechania, rażącego niedbalstwa lub braku należytej staranności.
9. Strony ustalają, że Udzielający Zamówienia ma prawo potrącenia kwoty stanowiącej równowartość szkody z należności wynikających z wystawionych przez Przyjmującego Zamówienie faktur za udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszej umowy.

§5

1. Przyjmujący zamówienie przyjmuje na siebie obowiązek poddania się kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego zamówienie, w zakresie sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych i ich jakości.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy zawartej z oddziałem NFZ.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zwrotu Udzielającemu Zamówienie równowartości kar finansowych zastosowanych przez NFZ w związku z naruszeniem postanowień niniejszej umowy, które skutkują wadliwym wykonaniem lub nie wypełnianiem warunków umowy z NFZ.
4. Udzielający zamówienie ma obowiązek poinformowania Przyjmującego zamówienie o wszelkich nieprawidłowościach wykonania usługi, niezwłocznie po ich stwierdzeniu.

§6

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że wykonując zadania w ramach niniejszej umowy:

a) spełnia wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach,

b) posiada kwalifikacje i zezwolenia do wykonywania przedmiotu umowy, określone w odrębnych przepisach,

c) w czasie obowiązywania niniejszej umowy będzie posiadał aktualne badania lekarskie, określone obowiązującymi przepisami prawa.

§7

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w umowie Przyjmującemu Zamówienie przysługuje wynagrodzenie w wysokości .....% wartości wskazanej do rozliczenia, co na dzień zawarcia umowy, stanowi iloczyn liczby osobodni oraz wartości punktowej za osobodzień danego produktu, określoną w aktualnych katalogach dedykowanych do rozliczenia świadczeń kompleksowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, do limitu określonego w rozporządzeniu „koszykowym" dot. rehabilitacji **tj. ..... zł (słownie:.....).**
2. W przypadku skorygowania rozliczonych świadczeń zdrowotnych z tytułu realizacji świadczeń rehabilitacji hybrydowej o współczynnik korygujący – podział kwoty stanowiącej dodatkowy przychód z NFZ z tytułu realizacji świadczeń telerehabilitacji hybrydowej przedstawia się następująco:
   b. 50% kwoty zapłaconej przez NFZ dla Przyjmującego zamówienie,
   c. 50% kwoty zapłaconej przez NFZ dla Udzielającego zamówienia.
2. Podstawą zapłaty będzie faktura wraz z wykazem wg wzoru stanowiącym załącznik nr.....do umowy, wystawiona przez Przyjmującego zamówienie w wysokości rozliczonych i uznanych przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie świadczeń zdrowotnych wykonanych przez Przyjmującego zamówienie w danym miesiącu, po przekazaniu środków finansowych przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie z tytułu tych usług na rachunek Udzielającego zamówienia.
3. Wynagrodzenie, wypłacane będzie po zakończeniu danego etapu opieki kompleksowej w terminie 7 dni od dnia złożenia faktury, zgodnie ze stanem świadczeń zapłaconych przez NFZ z zastrzeżeniem, iż termin zapłaty wynagrodzenia jest uzależniony od faktycznej zapłaty przez Oddział NFZ na rzecz Udzielającego Zamówienia.
4. Wynagrodzenie płatne będzie przelewem na konto bankowe wskazane na fakturze wystawionej przez Przyjmującego Zamówienie, przy czym za termin faktycznej zapłaty Strony uznawać będą datę wypływu środków z konta Udzielającego zamówienia.
5. Podstawą do obliczenia należności będą faktura/rachunek w wysokości rozliczonych i uznanych przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie świadczeń zdrowotnych wykonanych przez Przyjmującego zamówienie w danym miesiącu, wraz z załącznikiem.
6. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest wystawić i przesłać Udzielającemu Zamówienia fakturę w terminie do dnia 12 każdego miesiąca następującego po miesiącu, w którym Przyjmujący Zamówienie wykonywał Umowę, wraz z **załącznikiem nr.....** .....do umowy, stanowiącym zestawienie statystyczne, w którym wyszczególnione będą: okres, którego dotyczy faktura/rachunek oraz liczba wykonanych świadczeń, wraz z podaniem nazwy oddziału zlecającego, imion i nazwisk pacjentów, nr PESEL, daty udzielenia świadczenia, rodzaju zrealizowanych procedur.
7. Faktury będą wystawiane w formie papierowej i przesyłane na adres Udzielającego Zamówienia.
8. Przyjmujący Zamówienie nie może bez pisemnej zgody Udzielającego Zamówienia przenieść wierzytelności z niniejszej umowy na osobę trzecią.
9. Za czas pozostawania w gotowości Przyjmującemu Zamówienie nie przysługuje żadne wynagrodzenie.
10. W przypadku, kiedy Przyjmujący Zamówienie z tytułu udzielania świadczeń objętych niniejszą umową uzyska finansowanie bezpośrednio od płatnika publicznego Udzielający Zamówienia nie ponosi żadnych kosztów wynikających ze skierowania pacjenta do Przyjmującego Zamówienia.
11. W przypadku zmiany wyceny punktowej, ceny, kodu i nazwy grup i/lub innych wprowadzonych w trakcie trwania umowy przez NFZ zmianie ulega sposób finansowania udzielonych świadczeń zdrowotnych z tytułu wykonywania usług proporcjonalnie do procentowego udziału ceny Oferenta w stosunku do ceny jednostkowej zakontraktowanej przez NFZ.

§8

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, Udzielający zamówienie może nałożyć na Przyjmującego Zamówienie karę umowną w wysokości 10% miesięcznej wartości umowy świadczeń zrealizowanych w danym miesiącu kalendarzowym w następujących wypadkach:
   a) udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby nieuprawnione lub nie posiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym czasie,
   b) nieudzielania świadczeń zdrowotnych w czasie i miejscu ustalonym wcześniej,
   c) uniemożliwienie kontroli lub niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych,
   d) pobierania nienależnych opłat za świadczenia będące przedmiotem umowy,
   e) nieuzasadnionej odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych,
   f) przedstawienia przez Przyjmującego Zamówienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym (np. dot. personelu udzielającego świadczeń).
2. W przypadku, gdy kara umowna nie pokrywa poniesionej przez Szpital szkody, Szpital zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.
3. Udzielający zamówienia ma prawo stosowania wobec Przyjmującego Zamówienie kar umownych w razie niewykonania lub nienależytego wykonania umowy:
   a) za rozwiązanie umowy z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie w wysokości 20% rocznej wartości umowy.
   b) Za nieterminowe przekazywanie danych, o których mowa w §3 niniejszej umowy kara naliczana jest za każdy jednostkowy przypadek naruszania zasad przekazywania dokumentacji w wysokości 2% należności za miesiąc poprzedzający zdarzenie.
   c) W przypadku nałożenia na Udzielającego Zamówienia kary umownej przez NFZ z tytułu nienależytego wykonania umowy lub innych określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie – kwotę stanowiącą równowartość nałożonej kary umownej zostanie obciążony Przyjmujący Zamówienie.
   d) W przypadku nałożenia na Udzielającego Zamówienia kary umownej z tytułu wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych oraz wystawienia zleceń na wyroby medyczne, o których mowa w ustawie o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobach medycznych finansowanych w całości lub w części przez NFZ z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie – kwotę stanowiącą równowartość nałożonej kary umownej zostanie obciążony Przyjmujący Zamówienie.
   e) Kwota z tytułu kary umownej winna być uiszczona w terminie do 7 dni od daty otrzymania obciążenia.
4. W przypadku, gdy kwota naliczonej kary umownej nie pokryje poniesionej szkody, Udzielający zamówienia może dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

§9

1. Osobą odpowiedzialną za koordynację zadań wynikających z niniejszej umowy ze strony Udzielającego zamówienie jest: Oddział Kardiologiczny tel: 32 624 72 57.
2. Osobą odpowiedzialną za koordynację zadań wynikających z niniejszej umowy ze strony Przyjmującego zamówienie jest....., tel. .....

§10

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia **01.07.2020r. do 30.06.2021**
2. Umowa ulegnie rozwiązaniu z upływem czasu, na jaki została zawarta.
3. Każda ze stron może rozwiązać niniejszą umowę z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia z ważnych powodów, w tym:
   a) ograniczenia dostępności do świadczeń, zawężenia ich zakresu lub nieodpowiedniej jakości usług,

b) nieprzekazania w ustalonym terminie przez Przyjmującego Zamówienie wymaganych informacji, dokumentacji, zestawień wraz z rachunkiem,
c) przekazania danych z wykonania umowy niezgodnych ze stanem faktycznym,
d) uzasadnionych skarg pacjentów, wynikających z rażącego naruszenia niniejszej umowy oraz przepisów prawa,
e) zalegania z zapłatą za więcej niż dwa pełne okresy płatności.

4. Umowa ulega rozwiązaniu wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku, gdy:
   a) druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy,
   b) wypowiedzenia umowy przez NFZ w stosunku do Udzielającego zamówienie.
5. W przypadku nie podpisania przez Udzielającego zamówienia kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia na dany rok kalendarzowy umowa ulegnie rozwiązaniu ze skutkiem natychmiastowym.

§ 11

1. Wszelkie spory mogące wynikać przy realizacji niniejszej umowy strony będą próbowały rozstrzygać na drodze wzajemnych negocjacji.
2. W przypadku braku uzgodnień stanowisk, spory rozstrzygać będzie Sąd właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienia.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wszelkie przepisy dotyczące przedmiotu umowy.
4. Przyjmujący zamówienie nie może dokonać cesji swoich praw ani przeniesienia swoich praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie bez uprzedniej pisemnej zgody Udzielającego zamówienie, za wyjątkiem przypadków wynikających z obowiązujących przepisów prawa.

§ 12

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

§ 13

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

.....	.....
Udzielający Zamówienia	Przyjmujący Zamówienie

Szpital Powiatowy w Chrzanowie
mgr Artur Baranowski

SZPITAL P... CHRZANOWIE
32-500 ..., ul. Karolowa 16
tel. (32) ... (32) 624-77-77
... 28
... 628 19 16 916
REGON: 0...
kody: ...0000006129, cz.V-01
NFZ - 061/100007

RADCA PRAWNY
Michał Kaszyński

Załącznik nr 1 do umowy nr .....

UMOWA POWIERZENIA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

zawarta w dniu ..... w Chrzanowie pomiędzy:
Szpitalem Powiatowym w Chrzanowie
ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów,
wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Krakowa Śródmieścia, XII Wydział Gospodarczy, pod numerem KRS 0000015881;
NIP: 628-19-16-916;
reprezentowanym przez: **Dyrektora Szpitala – Artur Baranowski**
zwaną dalej Zleceniodawcą lub Administratorem danych (administratorem)
a .....
zwanym dalej **„Przetwarzającym"** lub **„Zleceniobiorcą"**,
zwanymi także dalej wspólnie **„Stronami"** lub każda z osobna **„Stroną"**, której treść jest następująca:

§ 1
Oświadczenia stron

Strony oświadczają, co następuje:

1. Zleceniodawca oświadcza, że jest administratorem Danych Osobowych (dalej: Administrator) wskazanych w § 3 oraz, że spełnił warunki legalności przetwarzania danych osobowych, przewidzianych w obowiązujących przepisach prawa tj. Ustawie z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (ODO) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27.04.2016r. (RODO)
2. Przetwarzający oświadcza, iż dysponuje środkami, doświadczeniem, wiedzą i wykwalifikowanym personelem, co umożliwia mu prawidłowe wykonanie usług objętych Umową.
3. Przetwarzający oświadcza, iż urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania powierzonych mu danych osobowych są zgodne z wymogami obowiązujących przepisów prawa.

§ 2
Przedmiot Umowy

1. Administrator powierza Przetwarzającemu do przetwarzania dane osobowe, a Przetwarzający zobowiązuje się do ich przetwarzania zgodnie z prawem i Umową.
2. Przetwarzający przetwarzać będzie dane osobowe w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie, ul. Topolowa 16.
3. Przetwarzający może przetwarzać dane osobowe wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w Umowie.

§ 3
Zakres i cel przetwarzania danych osobowych

1. Zakres przetwarzania danych osobowych Administratora obejmuje (podać kategorię, np. pracowników Administratora) w zakresie:
   1) *Np. imię i nazwisko*
   2) *Adres*
   3) *pesel*
   4) *rozpoznanie*

Celem przetwarzania danych osobowych jest: .....

§ 4
Zasady przetwarzania danych osobowych

1. Przy przetwarzaniu danych osobowych związanych z wykonaniem Umowy, Przetwarzający powinien przestrzegać zasad wskazanych w niniejszym paragrafie oraz Ustawie i aktach wykonawczych.
2. Dane stanowiące przedmiot niniejszej umowy nie będą podlegały profilowaniu, tj. nie będą poddawane dowolnemu zautomatyzowaniu przetwarzaniu danych osobowych, pozwalającemu ocenić czynniki osobowe osoby fizycznej lub wywołać wobec osoby, której dane dotyczą, skutki prawne lub w podany sposób znacząco na nią wpłynąć.
3. Przed rozpoczęciem przetwarzania danych osobowych Przetwarzający zobowiązany jest do podjęcia środków zabezpieczających dane osobowe, a w szczególności obowiązany jest:

1) zastosować środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych, zapewniających adekwatny stopień bezpieczeństwa odpowiadający ryzyku związanemu z przetwarzaniem danych osobowych, a przed wszystkim powinien zabezpieczyć dane przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zebraniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem obowiązujących przepisów prawa oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem,
2) dopuszczać do przetwarzania danych osobowych wyłącznie uprawnione, o których mowa w art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Administrator upoważnia Przetwarzającego do udzielania ww. upoważnień,
3) prowadzić ewidencję osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych. Przetwarzający na żądanie Administratora, zobowiązany jest przedstawić aktualną listę osób z przyznanym dostępem do danych osobowych.
4) zapewnić, aby osoby mające dostęp do przetwarzania danych osobowych zachowały te dane oraz sposoby ich zabezpieczeń w tajemnicy, przy czym obowiązek zachowania tajemnicy istnieje również po wykonaniu Umowy oraz ustaniu zatrudnienia u Przetwarzającego.

4. Przekazanie danych osobowych odbywać się będzie pomiędzy Stronami w sposób zapewniający ich należytą ochronę i zabezpieczenie przed osobami nieuprawnionymi.
5. Przetwarzający niezwłocznie powiadomi Administratora o wszystkich incydentach dotyczących przetwarzania danych osobowych stanowiących przedmiot niniejszej umowy, na adres e-mailowy wskazany w § 11, nie później niż w terminie 48 godzin od wystąpienia incydentu. W miarę możliwości Przetwarzający będzie pomagał Administratorowi ustalić stan faktyczny oraz będzie z nim współpracował w celu podjęcia działań naprawczych.
6. W takcie trwania umowy dopuszczalna jest pseudonimizacja, zarówno przez podmiot przetwarzający na podstawie umowy powierzenia, jak i podmiot, któremu dane zostały pod powierzone.
7. Administrator zobowiązuje Przetwarzającego do powiadomienia za każdym razem, jeżeli wydane mu polecenie stanowi naruszenie ODO lub innych przepisów o ochronie danych, drogą e-mailową na adres wskazany w § 11 ust. 1.

§ 5

Uprawnienia kontrolne Administratora

1. Administrator ma prawo do przeprowadzenia kontroli przestrzegania przez Przetwarzającego zasad przetwarzania danych osobowych,
2. Kontrole, o których mowa w ust. 1, mogą być wykonywane przez Administratora (osoby przez niego wskazane) w miejscu przetwarzania danych osobowych w dni robocze w godzinach od 7.00 do 14.35 .Administrator zawiadomi Przetwarzającego o zamiarze przeprowadzenia kontroli, co najmniej 5 dni przed rozpoczęciem czynności kontrolnych.
3. Przetwarzający udostępnia Administratorowi wszelkie informacje niezbędne do wykazanie spełnienia obowiązków wynikających z przedmiotu niniejszej umowy oraz ODO.
4. Przetwarzający zapewni również w umowie powierzenia z dalszym podmiotem przetwarzającym możliwość realizacji przez Administratora bezpośredniej kontroli względem kolejnego podmiotu przetwarzającego.

§ 6

Usunięcie danych osobowych

1. Najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty rozwiązania bądź wygaśnięcia Umowy, Przetwarzający zobowiązany jest zwrócić, w uzgodnionym między Stronami formacie, dane, które przetwarzał w związku z wykonywaniem Umowy, a następnie usunąć je ze wszystkich nośników informacji, o ile postanowienia innych umów związanych z niniejszą Umową lub przepisy prawa, nie stanowią inaczej.
2. Przez usunięcie danych, o których mowa w ust. 1, należy rozumieć takie zniszczenie, które nie pozwoli na ich ponowne odtworzenie (anonimizacja).
3. Przetwarzający zobowiązany jest w ciągu 30 dni licząc od daty rozwiązania bądź wygaśnięcia Umowy, potwierdzić pisemnie Administratorowi wywiązanie się z postanowień zawartych w ust. 1 i ust. 2.

§ 7

Odpowiedzialność Przetwarzającego

Przetwarzający odpowiada za szkody, jakie powstaną u Zleceniodawcy lub osób trzecich w wyniku niezgodnego z Umową i przepisami prawa przetwarzania przez Zleceniobiorcę powierzonych danych osobowych.

§ 8

Czas trwania Umowy

1. Umowa zostaje zawarta na czas ~~nieokreślony~~/ na czas trwania umowy nr **DKM-431-.....**
2. Administrator uprawniony jest do rozwiązania Umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy:

1) Organy administracji publicznej odpowiedzialne za nadzór nad przestrzeganiem zasad przetwarzania danych osobowych stwierdzą, że Przetwarzający nie przestrzega tych zasad,
2) Administrator, w wyniku przeprowadzonej kontroli, o której mowa w § 5 Umowy stwierdzi, że Przetwarzający nie przestrzega zasad przetwarzania danych osobowych wynikających z Umowy lub obowiązujących przepisów prawa.

§ 9

Dalsze powierzenie danych osobowych

1. Administrator wyraża zgodę na dalsze powierzenie danych osobowych stanowiących przedmiot niniejszej Umowy.
2. Podpowierzenie jest dopuszczalne tylko na podstawie umowy powierzenia. O takim powierzeniu przed zawarciem Umowy Administrator zostanie powiadomiony e-mailowo na adres wskazany w § 11 ust. 1.
3. Przetwarzający zapewni, aby podwykonawcy, którym powierzył przetwarzanie danych stanowiące przedmiot niniejszej Umowy, stosowali co najmniej równorzędny poziom zabezpieczeń do Przetwarzający.
4. Za naruszenia oraz ich konsekwencje występujące w przedmiocie, któremu Przetwarzający powierzył dane osobowe, stanowiące przedmiot niniejszej Umowy, odpowiada Przetwarzający. Przetwarzający zobowiązany jest do poinformowania Administratora o takich naruszeniach zgodnie z § 4 ust. 4 Umowy.

§ 10

1. Przetwarzający zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących zawarcia oraz wykonania Umowy, jak również informacji dotyczących Administratora oraz działalności prowadzonej przez Administratora, w których posiadanie wszedł w związku z zawarciem i wykonaniem niniejszej Umowy.
2. Przetwarzający zapewnia, że w związku z zawarciem lub wykonaniem przez Przetwarzającego Umowy, wszystkie osoby mające dostęp do informacji, o których mowa w ust. 1, dotyczących tej Umowy w tym: pracownicy Przetwarzającego, osoby i podmioty pozostające z Przetwarzającym w stosunku zlecenia lub innym stosunku prawnym o podobnym charakterze oraz inne osoby lub podmioty, które z racji czynności wykonywanych na rzecz Przetwarzającego muszą mieć zapewniony dostęp do takich informacji, poddane zostaną zobowiązaniu do zachowania tych informacji w tajemnicy.

§ 11

Adresy Stron i dane osób

1. Wszelka korespondencja w sprawach związanych z Umową będzie kierowana pod podane niżej adresy Stron:

Do Przetwarzającego:

.....

.....

Tel. .....

e-mail .....

Do Administratora:

Szpital Powiatowy w Chrzanowie
ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów
Tel. 32 624 70 29
e-mail sekretariat@spch.home.pl

2. Przetwarzającego w kontaktach z Administratorem, w zakresie ustaleń Umowy reprezentują:

1) .....
2) .....

3. Administratora w kontaktach z Przetwarzającym, w zakresie ustaleń Umowy reprezentują:

1) Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa tel. 32 624 70 32,
2) Ordynator Oddziału Kardiologicznego tel. 32 624 71 80

4. Osobą odpowiedzialną za ochronę danych u Administratora jest Inspektor Ochrony Danych – IOD – dane kontaktowe: **abi@szpital-chrzanow.pl**
5. Zmiana adresów i danych osób, o których mowa w ust. 1 – 3, nie stanowi zmiany Umowy. O każdej zmianie powyższych danych Strony powiadomią się na piśmie, za potwierdzeniem odbioru lub droga elektroniczną

§ 12

Postanowienia końcowe

1. Wszelkie zmiany w treści Umowy wymagają pisemnej formy pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem przypadków wymienionych w Umowie.
2. W sprawach, które nie zostały uregulowane Umową, znajdują zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz RODO.
3. Sądem właściwym do rozstrzygania sporów związanych z Umową będzie sąd właściwy miejscowo dla siedziby Administratora.
4. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.
5. Umowa obowiązuje od dnia jej podpisania.

....

Administrator Przetwarzający

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie
mgr Artur Hetmanowski

SZPITAL POWIATOWY W CHRZANOWIE
32-500 Chrzanów, ul. Topolowa 16
tel. (32) 624-70-00, tel. (32) 624-77-77
fax (32) 623-[illegible]-28
REGON: 000310138 NIP: 628 19 16 916
kody: cz.I-000000006129, cz.V-01
NFZ - 081/100007

RADCA PRAWNY
Michał Kaszyński

Chrzan

załącznik nr.....do umowy nr DKM....

WYKAZ REALIZACJI ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE TELEREHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ
ZA OKRES ..... ZGODNIE Z UMOWĄ NR .....

Lp	Pacjent	PESEL	Data rozpoczęcia udzielania świadczenia	Data zakończenia udzielania świadczenia	Liczba osobodni	Kod świadczenia	Liczba punktów za świadczenie	Współczynnik	Wartość za współczynnik	Łączna wartość punktów
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										